OCCUPATIONAL STRESS INJURIES:
The Need for Understanding

Report of the Subcommittee on Veterans Affairs of
the Standing Senate Committee on National
Security and Defence

JUNE 2003

MEMBERSHIP

37th Parliament – 1st Session

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON NATIONAL SECURITY AND DEFENCE

The Honourable Colin Kenny **(Chair)**
The Honourable J. Michael Forrestall **(Deputy-Chair)**

and

The Honourable Senators:

Norman K. Atkins
Tommy Banks
Jane Cordy
*Sharon Carstairs, P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.)
Joseph A. Day
*John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)
Laurier L. Lapierre
Michael A. Meighen
John (Jack) Wiebe

**Ex officio members*

(*Clerk*: Barbara Reynolds)

THE SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS/ Subcommittee on National Security and Defence

The Honourable Michael A. Meighen **(Chair)**
The Honourable John (Jack) Wiebe **(Deputy-Chair)**

And

The Honourable Senators:

Norman K. Atkins
*Sharon Carstairs, P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.)
Joseph A. Day
Colin Kenny
*Lynch-Staunton (or Kinsella)

**Ex officio members*

(*Clerk*: Barbara Reynolds)

Note: The Honourable Senators Banks, Forrestall, also served on the Subcommittee during the course of this study.

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON NATIONAL SECURITY AND DEFENCE

The Honourable Colin Kenny **(Chair)**
The Honourable J. Michael Forrestall **(Deputy-Chair)**

and

The Honourable Senators:

Norman K. Atkins
Tommy Banks
Jane Cordy
*Sharon Carstairs, P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.)
Joseph A. Day
*John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)
Michael A. Meighen
David P. Smith, P.C.
John (Jack) Wiebe

**Ex officio members*

(*Clerk*: Barbara Reynolds)

THE SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS/
Subcommittee on National Security and Defence

The Honourable Michael A. Meighen **(Chair)**
The Honourable Joseph A. Day **(Deputy-Chair)**

and

The Honourable Senators:

Norman K. Atkins
*Sharon Carstairs, P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.)
Colin Kenny
*Lynch-Staunton (or Kinsella)
John (Jack) Wiebe

**Ex officio members*

(*Clerk*: Barbara Reynolds)

Note: The Honourable Senators Banks, Cordy and Forrestall also served on the Subcommittee during the course of this study.

ORDER OF REFERENCE

37th Parliament – 1st Session

Extract of the *Journals of the Senate*, Thursday, October 4, 2001:

The Honourable Senator Wiebe for the Honourable Senator Meighen moved, seconded by the Honourable Senator Banks:

That the Standing Senate Committee on Defence and Security be authorized to examine and report on the health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions; the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters; and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers;

That the papers and evidence received and taken on the subject during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit its report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

ORDER OF REFERENCE

37th Parliament – 2nd Session

Extract of the *Journals of the Senate*, Wednesday, November 20, 2002:

The Honourable Senator Kinsella for the Honourable Senator Meighen moved, seconded by the Honourable Senator Atkins:

That the Standing Senate Committee on National Security and Defence be authorized to examine and report on the health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions; the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters; and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers; and all other related matters.

That the papers and evidence received and taken on the subject during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament and the First Session of the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee;

That the Committee report no later than June 30, 2003.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

Extract from the *Minutes of Proceedings* of the Standing Senate Committee on National Security and Defence of Monday, November 25, 2002:

It was moved by the Honourable Senator Banks, - That the order of reference relating to the health care of veterans be referred to the Subcommittee on Veterans Affairs.

The question being put on the motion, it was adopted.

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

TABLE OF CONTENTS

CHAIR'S FOREWORD 2

INTRODUCTION 4

Veterans Pensioned for PTSD in 2002 8

The Prevention and Treatment of Operational Stress Injuries 12

A. Measures of Prevention *12*

B. Measures of Treatment *19*

Conclusion 29

The Lack of Empirical Information about Operational Stress Injuries *29*

LIST OF RECOMMENDATIONS 35

LIST OF WITNESSES – 37-1 38

LIST OF WITNESSES – 37-2 41

EXHIBITS – 37-1 43

EXHIBITS – 37-2 44

APPENDIX 1 45

APPENDIX II 46

BIOGRAPHIES OF MEMBERS OF THE COMMITTEE 46

CHAIR'S FOREWORD

For those of us, who do not serve in the Canadian Armed Forces, it is difficult, if not impossible to imagine putting one's life in harm's way or, in fact, exercising lethal force as part of one's duty to serve this country. Canada's commitment to the United Nations and to its NATO allies has seen the women and men of the Canadian military engaged in situations where death and destruction on a large scale dominate their lives while serving their country. Whether it is in peacekeeping, peace-building, peacemaking or in a theatre of war, such as Afghanistan, death and dismemberment stalk the daily lives of our forces personnel.

Living and working in such conditions for long stretches with little or no relief and often having no alternative but to stand helplessly by as genocide takes place, may result in what is now termed "occupational stress injuries", the best known of them being "post-traumatic stress disorder".

The hearings of our Committee on this subject have been revealing in that they have demonstrated the need for Parliament to be ever vigilant in its monitoring of the activities of our armed forces.

The type of injury dealt with in this Report is not as evident as a lost limb as the injuries are mental and psychological. As a Subcommittee, we have discussed the need to ensure that our armed forces personnel are aware of the treatment available for them should they suffer occupational stress injuries. It is imperative that the "word" get out to our serving women and men that injuries, be they physical or psychological, need to and must be treated.

We also believe that much of the stress endured by our armed forces results from a lack of personnel. Canada cannot maintain its commitments to its allies unless the strength of our forces is increased up to 75,000.

One of the great benefits of the Senate is that we, as Senators, will be in a position to monitor the implementation of our recommendations over the next few years.

It is my sincere hope that when we, as a Subcommittee, revisit this subject, as we will do at regular intervals, that we will witness a significant improvement in how the Department of National Defence identifies and treats those who suffer the mental ravages of occupational stress injuries.

The Honourable Michael A. Meighen
Chair

INTRODUCTION

Lieutenant-Colonel Stéphane Grenier, Project Manager of the Operational Stress Injury Social Support Project reminded the Subcommittee that Canada has lost over 100 soldiers since the peacekeeping model began. He continued:

> Beyond this official casualty list, however, we can no longer ignore that these operations cost Canada and the Canadian Forces an incalculable and significant number of wounded service personnel. These casualties are not the victims of stray bullets, land mines or vehicle accidents; they suffer from operational stress injuries…Unlike physical wounds, operational stress injuries are not outwardly apparent. They often go unnoticed for months or years by superiors, peers and, in many cases, the injured members themselves. To those who eventually come to realize that they have been injured as a result of operational stress, coming forward is not a viable solution due to the negative stigma associated with this type of illness or ailment.[1]

Operational stress injuries include anxiety and depression, but Post-Traumatic Stress Disorder is perhaps the best known and most serious.

---

(1) [1] **Proceedings of the Subcommittee on Veterans Affairs, 2nd Session, 37th Parliament, Issue 3, Pages 25-26 (26 February 2003). Hereafter cited as Session, issue number:page (date)**

Colonel Scott Cameron, Surgeon General of the Canadian Forces, defined Post-Traumatic Stress Disorder (usually referred to as PTSD) as "an abnormality of brain functioning that arises after psychological trauma." It is a psychological injury and the most serious of the "operational stress injuries", the mental, emotional, spiritual and relationship problems that can arise from, or be exacerbated by, the stresses and traumas of military operations.

The signs and symptoms of Post Traumatic Stress Disorder are the persistence of some or all of the following for a substantial period of time sometimes long after a traumatic event:

- Reliving the event in dreams, vivid, unwanted memories, or flashbacks;
- Efforts to avoid reminders of the trauma which can lead in turn to a feeling of numbness and to difficulty experiencing pleasant and unpleasant feelings;
- Inability to relax the body or to focus the mind effectively;
- Depression and anger, feelings of guilt;
- Physical problems such as pain, fatigue, insomnia; and
- Self-medication with alcohol or other drugs.

Many of these signs and symptoms among soldiers were noted in medical books as early as the 17th Century. In the 20th Century, "shell shock" (World War 1) "combat neurosis" (World War 2) and "combat fatigue" (Korean War) were the popular expressions for what professionals began to call neuropsychiatric disorders. In the late 1970's the United States experience in treating Vietnam veterans caused military doctors to distinguish between battlefield "combat fatigue", which left a documentary trail of medical reports in a soldier's military record, and war-related readjustment problems which caused the veteran to alternate between combat and civilian functioning. The origin of the readjustment problems was diagnosed as an anxiety disorder marked by the stress of reliving events outside the range of common experience. The stress syndromes usually developed some time after the stress or trauma had ended. While this "post-traumatic stress disorder" did appear in some soldiers who had experienced "combat fatigue", it was more commonly diagnosed in veterans who had no such evidence on their medical records.

To be pensionable, a condition or disability must be traced back to military service. Before medical acceptance of Post-Traumatic Stress Disorder as a condition that could arise after the veteran had returned to civilian life, neuropsychiatric conditions and disabilities were notoriously difficult to root in military service and hence either to treat or to pension.

The Canadian Forces did not serve in Vietnam (although thousands of Canadians served voluntarily in the United States Armed Forces during the war and Canadian Forces personnel served as "Observers" on international control missions in Indo-China.) Nevertheless, as it gained medical acceptance as a pensionable injury in the United States, the term Post-Traumatic Stress Disorder began to be used by veterans organizations appearing before the Senate Subcommittee on Veterans Affairs to describe the neuropsychiatric symptoms from which Canadian veterans of World War 2 and the Korean War continued to suffer. About the same time veterans of peacekeeping missions began to report the same symptoms.

In the late 1990's the Canadian Forces found that serving as well as veteran personnel were very reluctant to come forward and seek treatment for either "neuropsychiatric disorders" or "Post-Traumatic Stress Disorder". Consequently, the general, non-medical term "operational stress injury" came into favour because it is less intimidating and emphasizes that the problem is an "injury", not a mental disease.

As members of the main committee, the Standing Senate Committee on National Security and Defence, the members of the Subcommittee on Veterans Affairs have visited almost all the major Canadian Forces bases.

They have been able to discuss the incidence, prevention and treatment of operational stress injuries with commanding officers, medical officers and other ranks in the field and to visit Military Family Support Centres across the country. The Subcommittee made a special trip to the last remaining Veterans Affairs hospital, Ste. Anne's Hospital in Ste Anne de Bellevue just outside Montreal, to visit its Mental Health Centre for Serving and Former Servicemen. In Ottawa it heard from officials of the Department of National Defence, from the Minister and officials of Veterans Affairs Canada, from veterans organizations and from General Roméo Dallaire.

The following report will first review the award of pensions for Post-Traumatic Stress Disorder to veterans of World War 2 and the Korean War and to veterans of peacekeeping/peacemaking operations. It will then outline some of the problem areas the Subcommittee found in the measures the Department of National Defence has taken to prevent/reduce the incidence of operational stress injuries, to encourage injured personnel to seek treatment, and in the treatments themselves.

Veterans Pensioned for PTSD in 2002

In preparation for this report the Subcommittee asked the Department of Veterans Affairs for some statistics on claims for disability pensions due to Post-Traumatic Stress Disorder under the *Pension Act*. According to the response, from October 1994 to 8 November 2002, 1162 veterans of World

War 2 and the Korea War sought a pension for Post-Traumatic Stress Disorder. Of these 945 or 81% received a favourable decision, a rate of success which proves that Veterans Affairs Canada and the Veterans Review and Appeal Board have indeed bent over backward to give the veterans the benefit of the doubt in these cases. In November 2002, 883 veterans or their survivors were receiving a pension for Post-Traumatic Stress Disorder. In 172 cases the amount of the pension was under review. However, 625 or 88% of the remaining 711 pensioners were pensioned at less than 45%.

Over the same period of time (October 1994 to November 2002) 1646 Canadian Forces veterans sought a disability pension due to the impact of Post-Traumatic Stress Disorder; 1459 or 88.6% received a favourable decision. In November 2002, 1438 Canadian Forces veterans or their survivors were receiving a pension for Post-Traumatic Stress Disorder. The assessment of 92 was under review at that time. Of the remaining 1346, 622 or just under 50% were pensioned at 45% and more.

The relatively low number of claims from both groups of veterans bears little relationship to the number of veterans who are probably suffering from an operational stress injury. To-day, according to the testimony of the Minister of Veterans Affairs, there are more than 700,000 veterans. It can

be argued that the equivalent of just over twenty-eight hundred of these veterans – less than one half of one percent - have applied for a disability pension due to Post-Traumatic Stress Disorder. In one of the very few Canadian studies of the incidence of operational stress injuries among veterans, the rate of Post-Traumatic Stress Disorder among a sampling of those who assaulted the beaches of Dieppe ranged from 30%-43% in 1992, 50 years after the event.[2] Educated guesses about the rate among veterans who have participated in several overseas deployments over the past ten years fall into the same range.

In cases such as this, the pensioning of psychological injuries, where the public and many, if not most veterans, themselves attach a stigma to the condition, the Department must be much more aggressive in reaching out to inform veterans of the benefits to which they may be entitled. On an annual basis veterans, their caregivers, veterans associations and others must be informed that psychological injuries arising from service are just as pensionable as physical injuries. The reminder should summarize some of the symptoms of the most serious conditions, such as depression and Post-Traumatic Stress Disorder. These reminders should be posted on the website of the Department, included with disability pension cheques, sent out to all regular and militia units and to the nursing residences where

(2) [2] See the earlier reports of the Subcommittee, **"It's Almost too Late"** (January 1991) and **"Keeping Faith: Into the Future"** (October 1994)

veterans live and, whenever possible, included with Old Age Security and Canada Pension Plan payments.

When they leave the Canadian Forces many veterans return to small towns, rural areas and to reservations where it is very difficult to reach them if they are not already in receipt of veterans benefits. The Royal Canadian Legion has branches in a great many small towns and Indian Band Councils are responsible for administering the reservations. These organizations may be very helpful in reaching out to veterans in remote areas, or to veterans who prefer not to deal with government officials. The service officers of the Legion already represent veterans, without compensation, in 10%-15% of pension claims and requests for re-assessment. Acting for the Department in small communities would further stretch their resources.

The Subcommittee recommends that the Department of Veterans Affairs:

1. **Put in place an aggressive outreach program to inform veterans that service-related psychological injuries are as pensionable as physical injuries.**

This should include encouraging professional caregivers (such as administrators and nurses in residential facilities) to help inform veterans of veterans benefits and to initiate a claim where the veteran is unable to, ensuring that departmental adjudicators and lawyers who come across indications of a psychological injury while reviewing the records of a veteran for another claim inform the veteran that he/she may have grounds to pursue a claim for an operational stress injury and contracting with the Royal Canadian Legion for the assistance of its volunteer service officers in small communities in contacting veterans and informing them of veterans benefits.

The Prevention and Treatment of Operational Stress Injuries

A. Measures of Prevention

The Canadian Forces have taken measures since at least the early 1990's intended to reduce the chance that personnel deployed abroad will suffer an operational stress injury. These measures have included pre-deployment information and training, in theatre training and support, post deployment briefings and debriefings and follow-up. New initiatives have been launched. For example, everyone returning from Operation Apollo (the deployment to Afghanistan in 2002) spent time on the island of Guam "decompressing" and re-learning civilian skills before being returned to their families in Canada. Since serious symptoms of operational stress

injuries tend to surface about two months after the operation, in the future everyone will have an interview with a mental health professional 2-3 months after the operation, preferably in the company of their spouse.[3]

Adequate education about the nature and cause of operational stress injuries was one of the most important shortcomings that the Committee found in the preventive measures being taken. This is found at all stages of a military career and by all ranks, both officers and other ranks. Lieutenant-General Christian Couture, Assistant Deputy Minister (Human Resources-Military) acknowledged that there was a need to "introduce better education and knowledge into our leadership courses at all levels". He also admitted that while recruits received instruction about physical injuries, "there is insufficient instruction about mental injuries".[4] He had asked his education and training specialists to develop a program to increase the resistance of personnel to operational stress injuries. The educational and training material would be reviewed by, among others, the Operational Stress Injury Support Group (OSISS) before being incorporated into education packages and pre-deployment training modules.

---

(3) [3] Ibid., **1st Session, 5:8 (24 April 2002)**

(4) [4] Ibid., **1st Session, 5:11-12 (24 April 03)**

The military Ombudsman, André Morin was outspoken about the state of educating the leadership of the Canadian Forces about Post-Traumatic Stress Disorder. As he told the Committee:

> ...despite commitments and engagements, there has been little or no advance in the quality and quantity of training actually delivered to CF leadership about PTSD in 2002. Even to-day, the Royal Military College does not provide the future generation of CF leaders with any substantive education about PTSD...
>
> Progress on implementing change has been sclerotic.[5]

The Subcommittee recommends that the Department of National Defence, with the support of the professional staff of the Ste Anne's Hospital:

> **2. Move as quickly as possible to improve the quality of instruction and increase the time devoted to instruction about the nature, management and treatment of operational stress injuries at all levels of the Canadian Forces; develop empirical methods of evaluating the quality of education and training being delivered such as theoretical tests and field tests; and when planning exercises be sure to include both operational stress injuries and physical injuries among the casualties.**

---

(5) [5] Ibid., **1st Session, 5:3-4 (17 April 03)**

During its visit to the Ste Anne's Hospital outside Montreal, a centre of excellence in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and other operational stress injuries, the Subcommittee was briefed about the personal characteristics that made the individual either more or less prone to an operational stress injury. According to the professional staff of the Hospital, these characteristics could be developed into a profile and a psychological test could be developed to screen potential recruits.

Provided it is done with proper controls, the Subcommittee is in favour of screening all recruits, whether officers or other ranks, for their potential susceptibility to operational stress injuries. The purpose of this screening should only be to offer the recruit counselling and support if they decide to join the Canadian Forces. This is in the interest of the recruits themselves and incorporates the principle of "forewarned is forearmed". The screening should not play a role in the actual selection of candidates because it is inherently theoretical, subjective and potentially discriminatory; because it would not have a proven track record to predict the incidence of operational stress injuries among those found to be susceptible; and, because it would deny the Canadian Forces recruits who, with proper support, would become highly desirable officers and enlisted personnel.

The Subcommittee recommends that the Department of National Defence, with the support of the professional staff of the Ste Anne's Hospital:

3. Develop and administer on an experimental basis, a psychological test to screen for those recruits who may be particularly susceptible to the more serious operational stress injuries, such as Post-Traumatic Stress Disorder; and provide the recruits found to be potentially more susceptible, if they are otherwise desirable candidates, with counselling before their enrolment and during their military careers until such time as the accuracy of the screening results can be determined.

Over the past ten years the Canadian Forces have been subjected to a punishing tempo of operations whose weight has been felt not only by those who have been deployed and their families, but also by those members in Canada who are subjected to abusive overwork to plan deployments and to train and support their deployed colleagues. This has had and continues to have a serious impact in the quality of life of Canadian Forces personnel and their families. It promotes an unacceptably high level of serious operational stress injuries which are the cause of, and are compounded by, family breakups. With about 52,000 trained, effective Regular Force personnel, the Canadian Forces are simply too

understrength to maintain the level of operations of the past ten years. If anything, this tempo has accelerated since 11 September 2001.

The Subcommittee discussed the mental health of the Canadian Forces with General Roméo Dallaire who, since his retirement, has distinguished himself as a spokesperson for members of the Canadian Forces suffering from Post-Traumatic Stress Disorder, as he is himself. He noted that unlike the Cold War during which the Canadian Forces were at peace, following the end of the Cold War the Canadian Forces have found themselves "in a state of conflict resolution all the time". The saturation level of these missions has ceased to improve the capability of participating units; instead it is leading to the degeneration and burn-out of their capabilities. On several occasions he stressed that it was essential to increase the size of the Canadian Forces to a level that would restore a reasonable interval between rotations for Forces personnel. Otherwise, he foresaw a time when Canada would end up "flatfooted", without the capability of continuing the missions and suffering "a lot more casualties".

General Dallaire testified that the minimum requirement is for an additional 10,000 regulars to staff two additional brigades that would provide six or seven additional units that could be deployed and 3,000

more regulars to flesh out the existing units. These regulars would be supported by an increase of 10,000 in the strength of the reserves.

General Dallaire testified that because of Canada's past record in peacekeeping, its position as a developed country without a colonial past and because of its wealth, Canada has a moral duty to assume more, not fewer peacekeeping and peacemaking missions. As a result, he was extremely reluctant to admit that there were any circumstances under which Canada would be morally justified in withdrawing from missions abroad. Nevertheless, he was forced to admit that if the Government neither increased the number of personnel available for deployment nor reduced the number of missions, the consequence would be to needlessly throw away lives, not only by death, but also by permanent injury.[6]

From one end of the country to the other the Canadian Forces are facing a crisis in the effort to find the personnel for the next rotation of an existing deployment, for the next additional mission, to find the staff to train new recruits and even to maintain the capabilities of trained personnel, to keep sufficient middle level officers and non-commissioned officers to run the military, to plan its operations and to support overseas deployments. Simply put, since 11 September 2001 ever larger elements of the Canadian

---

(6) • **Ibid., 2nd Session (29 May 2003)**

Forces have been suffering from levels of stress and overwork that transcend "abusive".

The Subcommittee concludes that to head off a devastating crisis in the mental health of the Canadian Forces the Government must bring into balance the trained, effective strength of the military and its overseas deployments.

B. Measures of Treatment

During the fact-finding visit of the Committee on National Security and Defence to his headquarters, Brigadier General Ivan Fenton , Commanding Officer, Land Forces Western Area, told the Committee that his command was into a period of "back-to-back" deployments which was having an impact on their emotional and mental state.

> That point brings me to a sub-theme of the personnel emotional state, and that is operational stress injuries, OSI. I have several hundred soldiers, 200-and-some at last count, undergoing treatment for operational stress injury. Many, if they don't get treated soon, will become PTSD, post-traumatic stress disorder. That concerns me enough, but we are much better at treating it than we were five or six years ago.
>
> What really concerns me is that I believe that I have several hundred soldiers who are casualties and who are afraid to come forward to admit that they have a problem. That concerns me on two counts: my

> fundamental responsibility as a commander to serve my soldiers and look after their well-being -- I can't do it if I don't know who they are and how they are hurting; and, secondly, my commander's responsibility to the army and to the nation to generate soldiers for new operations. I believe I have hundreds of wounded soldiers who on the surface seem okay to deploy, but they are really not. When we need them most in the next difficult operation, they might not be able to produce the good work that our soldiers are known for.

Canadian Forces personnel being treated for operational stress injuries represent an unknown but almost certainly very small fraction of those suffering from their symptoms. Why do the vast majority refuse to come forward and seek treatment and even compensation for their mental injuries?

It is customary to blame the refusal to seek treatment on the military culture which prizes toughness, abhors weakness, and, like the rest of Canadian society, regards mental illness with a mixture of revulsion and fear. Senior officers such as Brigadier General Fenton and Lieutenant General Couture both assured the Committee that in their opinion, the senior ranks of the Canadian Forces accepted the validity and reality of mental injuries as the equivalent of physical injuries. Nevertheless, they help preside over a military organization many of whose officers, non-commissioned officers and enlisted personnel stigmatize and humiliate those of their colleagues who admit they can no longer control the demons

that inhabit their memory and who seek help for an operational stress injury.

The tendency among soldiers to stigmatize and humiliate those considered weak is highlighted in a March 2003 report of the Office of the Military Ombudsman into a complaint that one of several parade floats entered into the pre-Grey Cup celebration of the 2 PPCLI in November 2002 mocked soldiers under treatment for operational stress injuries. The investigation concluded that the float prepared by one Company portrayed a mythical "Crazy Train", and that this "Crazy Train" was a local derogatory reference to members of the Regiment suffering from operational stress injuries. More seriously, the investigation found that the float was part of the ongoing stigmatization of soldiers being treated for operational stress injuries (those that take the train) as being malingerers and fakers trying to escape their duties.

The concept and preparation of the offending float could only have gone forward with the tacit permission of the senior officers and non-commissioned officers of the battalion. According to the report, when the incident was reported within the local chain of command by a Peer Support Coordinator, the first response was to criticize the latter for raising the issue, the second was to use a low-level investigation to sanitize the

incident to avoid scandal, and the need to report it to more senior levels of command.[7]

The Committee recommends that:

> **4. The Department of National Defence initiate a major educational campaign at the unit level of all three services about the equivalence of the obvious physical injury and the invisible occupational stress injury; and the Chief of the Defence Staff issue an order to all officers and non-commissioned officers that failure to react "robustly" to the stigmatization of those suffering from operational stress injuries will result in disciplinary measures.**

The lack of accurate knowledge at the unit level about the equal validity of operational stress injuries and physical injuries is unacceptable, but it is not the only reason, or even the most import reason, why only a minority of officers and men suffering from an operational stress injury seek treatment. The real fault lies with policies adopted by the Canadian Forces to deal with its reduced strength and the high tempo of operations.

---

(7) **Off the Rails**, Report of the Special Ombudsman Response Team (SORT) 6 March 2003

Faced with a brutal reduction in its strength in the 1990's and a rapid escalation in overseas missions, the Canadian Forces had no choice except to insist that all those who remained in the services be fully medically fit for their trades and capable of deployment. This is the principle of "universality of service". It leaves no room for the injured, and no room for those with reduced capabilities whether physical or mental to continue to serve if they want. "Damaged goods" of whatever rank – both Major Henwood and General Dallaire were forced out before retirement – must be released.

This is the threat that hangs over the head of officers and other ranks alike if they go on sick parade for an injury. But it is easier to conceal, to "tough out", a serious operational stress injury, than to hide a serious physical injury.

An increase in the strength of the Canadian Forces sufficient to support the current level of operations would restore some room to manoeuvre. Wherever possible the objective of the treatment of operational stress injuries should be to return personnel to their units. If this is not in the interests of the individual or the service, a serious effort must be to retain their experience and training in the Canadian Forces. This can be accomplished by re-training for a less stressful trade within the expanded

regular force. It can also be accomplished by a posting as a regular force member to a reserve unit whose regular force component is smaller than is desirable. These are some of the things that would be "doable" with expanded regular and reserve forces.

For some years now, the Canadian Peacekeeping Veterans Association, and other organizations representing the veterans of peacekeeping and peacemaking missions have asked for a new veterans charter. When he appeared before the Subcommittee, the Hon. Rey Pagtakhan, Minister of Veterans Affairs Canada, indicated that had instructed his staff to work with the Canadian Forces Advisory Council to explore updating the Veterans Charter to reflect to-day's realities and the needs of veterans and their families.

The Subcommittee fully supports this initiative because it has concluded that to encourage members of the Canadian Forces to seek treatment for operational stress injuries it is imperative to offer personnel released from the Canadian Forces for medical reasons preferential treatment in hiring and promotion in the Public Service. This Public Service preference should be a cornerstone of a revised Veterans Charter.

The Subcommittee recommends that:

5. The Departments of National Defence and Veterans Affairs urge the government to introduce as soon as possible a Public Service hiring and promotion preference for personnel released from the Canadian Forces for medical reasons; that the preference be made retroactive; and that it be given precedence over existing and future Public Service employment equity programs.

The Department of National Defence and Veterans Affairs Canada are co-ordinating their treatment of serving members of the Canadian Forces to smooth the transition of clients and patients from active service to the status of veteran. On an *ad hoc basis,* the Veterans Affairs Ste Anne's Hospital in Ste Anne de Bellevue has begun to serve the needs of both Departments. Nowhere is this collaboration more close than in the field of mental health, one of the hospital's special programs. The Hospital is a centre of excellence for the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Dementia and also serves as one of the five National Defence operational stress support centres (OSSC) for the treatment of operational stress injuries. Its operational stress injury treatments are provided by the Ste Anne's Centre, whose clinical program includes a small residential program, a much more extensive out-patient program run for the benefit of

both serving and retired members of the Canadian Forces, and an electronic out-patients program for those who live too far away to get treatment at the hospital. Serving members and veterans have come from all over Canada to have their operational stress injuries assessed and stabilized at the hospital.

The Subcommittee has found the Ste Anne's Hospital to be essential to the health care provided to Canada's veterans. It sets a high standard of residential care in which the human element is valued as much as the medical. It is now establishing itself as a partner with the Department of National Defence in the care of serving members of the Canadian Forces and in ensuring a seamless transition between service and retirement. This is a development that should be encouraged by additional and special funding from both departments and the government.

Several of the programs of Ste Anne's Centre should receive enhanced and generous support. The hospital has launched a special program for the control of pain because pain management is an essential part of the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. Funding is required to broaden and intensify research and to open an out-patient clinic. The Centre's PTSD Residential Rehabilitation program provides "in house" treatment in a separate building for special cases. Finally, the Tele-Mental

Health initiative uses electronic information and communication technologies to provide and support health care when distances separate patients from the Centre. Since the relevance of the experimental programs of Ste Anne's Centre goes far beyond its clientele of veterans and serving members of the Canadian Forces, **the Committee recommends that:**

> **6. The Department of National Defence, Veterans Affairs Canada and the Government of Canada collaborate to provide Ste Anne's Hospital with sufficient additional funding to develop and expand the Pain Management Clinic, the PTSD Residential Rehabilitation Program and the Tele Mental Health Program.**

Ste Anne's Hospital is a partner with the Department of National Defence in the operational stress injury social support project (OSISS) directed by Lieutenant Colonel Grenier. The mandate of this project is threefold:

- To create a nation-wide peer support program for Canadian Forces members, veterans and their families that encourages them to seek treatment for their injuries;
- To help the Canadian Forces evaluate the value of its educational packages and training modules about operational stress injuries; and

- To act as a resource in bringing about a change in attitudes towards operational stress injuries.

Operational for little more than a year, by February 2003 the peer support network had eight co-ordinators and had already assisted 432 serving members and veterans. Ste Anne's Hospital assists the project by training the co-ordinators, decorated service personnel who themselves are being treated for operational stress injuries, and by counselling them and monitoring their mental health to ensure that helping others does not undermine their own treatment. Veterans Affairs Canada also provides 6 of the eight sites from which the co-ordinators operate; the remaining two are on military bases.

The operational stress injury support program is an essential initiative in the welfare of the serving members and veterans of the Canadian Forces. Current plans call for it to be expanded from the existing eight locations to an additional five locations. The families of those who suffer from an operational stress injury should be included in the peer support program as soon as possible, and a special effort should be made to reach out to Reservists.

The Committee recommends:

> **7. That the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada encourage and support the expansion of the operational stress injury support program, and in particular that they provide the staffing and funding necessary to enhance the peer support of Reservists and to provide peer support to families.**

Conclusion

The Lack of Empirical Information about Operational Stress Injuries

Notwithstanding many innovative initiatives and programs, the efforts of the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada to deal with operational stress injuries are hampered by an almost complete lack of knowledge about the incidence of operational stress injuries in the Canadian Forces, the relative effectiveness of the various preventive measures being taken and the relative effectiveness of the various treatments and support programs. Mr. André Marin, Ombudsman, Department of National Defence told the Committee:

> There have been documented cases [of Post-Traumatic Stress Disorder] since World War 1. Nonetheless, the organization [DND] has never kept any data on the number of people suffering PTSD or those people seeking treatment. There has never been any data kept

on those committing suicide, those leaving the forces, or those in the special holding patterns because of PTSD.

The lack of data has been a self-fulfilling prophecy. People conclude that since there is no data, it is questionable that PTSD exists.

We know from consulting medical experts that roughly 20% of those who come back from operations suffer from PTSD. If you include stress related injuries, it could be half as high again. However, there is no way empirically to say that, because no data is being kept by the organization.[8]

Prevention of operational stress injuries among personnel sent abroad must obviously be a major priority of the Canadian Forces. There are no indications, however, that DND systematically evaluates, or has any empirical evidence that to-day's policies and programs are doing a superior job in reducing the incidence of operational stress injuries than the policies and programs of five years ago. As a result, it has no way of knowing which policies and programs to continue, or which policies and programs to discontinue or reform, in the effort to ensure that the prevalence of operational stress injuries is much lower five years from now.

---

(8) • Proceedings of the Subcommittee on Veterans Affairs, **1st Session, 37th Parliament, Issue 5, p.6 (17 April 2002)**

The lack of information was acknowledged by many of the witnesses. Colonel Scott Cameron, the Surgeon General, told the Committee:

> Right now, we do not have many statistics about, for example, the percentage of people who return to duty. We know that is a weakness in our system and we are spending time and money to fix it. It will be fixed in the next several years. In particular, there are some things being instituted immediately in the area of operational stress injury to try to collect some data quickly by gathering the information on paper.[9]

Even the immediate value of such unsystematic, hand-collected information is open to question.

Colonel Randall Boddam, Director of Mental Health Services, Canadian Forces Base Borden, Department of National Defence cautioned that while there was no way to eliminate the risk of Post-Traumatic Stress Disorder, an analysis of historical information and the experience of other countries such as Israel suggests that a number of significant factors could be identified. Those to which he referred included:

- A past history of psychiatric disorders is associated with a higher incidence of stress injuries;
- Putting people in an environment in which they feel helpless or unable to accomplish their mission is a recipe for disaster, hence it is important to suit the mission to the unit and its leadership;

---

(9) Ibid., **1st Session, 5:10**

- The capacity of the individual to manage stress and adopt self-help behaviours is a very important variable;
- Physical fitness, or lack of it, is a factor in developing the capacity to deal with stress;
- The ability to communicate; and
- Unit cohesion, or the feeling of an individual that he/she is part of a group that offers mutual support.[10]

Lieutenant-General Couture, could not, however, outline how the factors Colonel Boddam referred to had been or would be integrated into the training military personnel received. He assured the Committee, however, that a multi-disciplinary team is doing a "needs analysis" of how the existing training must be changed to "better" protect service personnel from operational stress injuries.[11]

The Committee finds the almost complete lack of information about the incidence of operational stress injuries among serving and retired veterans of the Canadian Forces disturbing and insupportable. Last year 8,000 regular and reserve members of the Canadian Forces were selected by rank and age to participate in a large, international, statistical study of mental health carried out by Statistics Canada. But the results of this study are not

(10) " Ibid., 1st Session, 5:49-50 (24 April 2002)

(11) " Ibid., 1st Session, 5:19

yet available and will only establish a baseline, a snapshot valid for the situation in 2002 when the interviews were held.

To determine how the situation is evolving and what impact preventive measures and treatment are having, there will be a need for major follow-up studies of the Canadian Forces, probably every five years. These follow-up studies must follow both regulars and reservists in their service careers and after they leave the Forces if there is to be accurate information that allows both the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada to plan policy, preventive measures and treatment.

In the meantime, the two departments must decide on common means to empirically evaluate the effectiveness of present and future preventive measures and treatments. Serving officers and other ranks who have participated in several deployments over the past ten years should be an effective source of information about the adequacy of the training they have received at each stage of their careers and of the training they received before, during and after each of their deployments. In future the Committee expects to receive increasingly concrete answers to its questions about the progress that has been, is being, and will be made in the future to prevent, manage and treat operational stress injuries. It will not accept

without solid evidence bland assurances that the situation is "better" than it was five years ago and will be "better" still five years hence.

The Committee recommends that:

8. The Department of National Defence and Veterans Affairs Canada develop common empirical means of evaluating the effectiveness of prevention measures and treatments for operational stress injuries.

LIST OF RECOMMENDATIONS

1. Put in place an aggressive outreach program to inform veterans that service-related psychological injuries are as pensionable as physical injuries;

2. Move as quickly as possible to improve the quality of instruction and increase the time devoted to instruction about the nature, management and treatment of operational stress injuries at all levels of the Canadian Forces; develop empirical methods of evaluating the quality of education and training being delivered such as theoretical tests and field tests; and when planning exercises be sure to include both operational stress injuries and physical injuries among the casualties.

3. Develop and administer on an experimental basis, a psychological test to screen for those recruits who may be particularly susceptible to the more serious operational stress injuries, such as Post-Traumatic Stress Disorder; and provide the recruits found to be potentially more susceptible, if they are otherwise desirable candidates, with counselling before their enrolment and during their military careers until such time as the accuracy of the screening results can be determined.

4. The Department of National Defence initiate a major educational campaign at the unit level of all three services about the equivalence of the obvious physical injury and the invisible occupational stress injury; and the Chief of the Defence Staff issue an order to all officers and non-commissioned officers that failure to react "robustly" to the stigmatization of those suffering from operational stress injuries will result in disciplinary measures.

5. The Departments of National Defence and Veterans Affairs urge the government to introduce as soon as possible a Public Service hiring and promotion preference for personnel released from the Canadian Forces for medical reasons; that the preference be made retroactive; and that it be given precedence over existing and future Public Service employment equity programs.

6. The Department of National Defence, Veterans Affairs Canada and the Government of Canada collaborate to provide Ste Anne's Hospital with sufficient additional funding to develop and expand the Pain Management Clinic, the PTSD Residential Rehabilitation Program and the Tele Mental Health Program.

7. That the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada encourage and support the expansion of the operational stress injury support program, and in particular that they provide

the staffing and funding necessary to enhance the peer support of Reservists and to provide peer support to families.

8. **The Department of National Defence and Veterans Affairs Canada develop common empirical means of evaluating the effectiveness of prevention measures and treatments for operational stress injuries.**

37th Parliament – 1nd Session

PUBLIC HEARINGS IN OTTAWA

Anderson, Mr. Howard, Chair of the First Nations Veterans Roundtable and Grand Chief of First Nations Veterans, (December 5, 2001

Beech, Gordon G., Service Officer. Royal Canadian Legion (October 24, 2001).

Bellegarde, Mr. Perry, Federation of Saskatchewan, Indian Nations Chief and AFN Vice Chief, Assembly of First Nations (December 5, 2001).

Boddam, Colonel Randall, Director of Mental Health Services, Canadian Forces Base Borden, Department of National Defence (April 24, 2002).

Cameron, Colonel Scott, Director of Policy on the Staff of the Director General Health Services, Department of National Defence (April 24, 2002).

Chadderton, Mr. Clifford, Chairman, National Council of Veterans Associations in Canada (November 28, 2001).

Coon Come, Mr. Matthew, National Chief, Assembly of First Nations (December 5, 2001).

Coté, Mr. Tony, Veterans Coordinator, Saskatchewan Indian Veterans Association (December 5, 2001).

Couture, Lieutenant-General Christian, Assistant Deputy Minister, Human Resources – Military, Department of National Defence (April 24, 2002).

Daly, Mr. Duane, Dominion Secretary, Royal Canadian Legion (October 24, 2001).

Ferguson, Mr. Brian, Assistant Deputy Minister, Veterans Services, (March 7,2002).

Forbes, Mr. Brian N., National Council of Veterans Associations in Canada (November 28, 2001).

Gallant, Ms Debbie, Deputy Project Leader, Continuum of Service Project; Veterans Services **(March 7,2002).**

Grenier, Major Stéphane, Project Manager — Operational Stress Injury Social Support, Department of National Defence (April 24, 2002).

Griezic, Professor Foster, Consultant, Merchant Navy Coalition for Equality (November 28, 2001).

Guptill, Mr. Bryson, Director, Program Policy, Veterans Services (March 7, 2002).

Jones, Mr. Gareth, Special Adviser, Office of the Ombudsman, Canadian Forces (April 17, 2002).

Leduc, Mr. Harold, President, Canadian Peacekeeping Veterans Association(November 28, 2001).

LeMaistre, Ms Sue, Acting Manager, VAC-CF Project; Veterans Services (March 7,2002).

MacDonald, Ms Muriel, Executive Director, Merchant Navy Coalition for Equality (November 28, 2001).

Marin, Mr. André, Ombudsman, Canadian Forces (April 17, 2002).

McMillan, Ms Jean, Assistant Director, National Service Bureau, National Council of Veterans Associations in Canada (November 28, 2001).

Mogan, Mr. Darragh, Director General, Program and Service Policy Division, Veterans Services (March 7,2002).

Murray, Mr. Larry, Deputy Minister, Department of Veterans Affairs Canada (March 7,2002).

Rycroft, Mr. Jim, Director, Service Bureau, Royal Canadian Legion (October 24, 2001).

Sharpe, Brigadier-General Joe, Special Advisor, Office of the Ombudsman, Canadian Forces (April 17, 2002).

Smith, Mr. J. André, Director General, Canadian Battlefield Memorials Restoration Project, Veterans Services (March 7, 2002).

Tremblay, Ms Paulette, National Liaison for the Chiefs of Saskatchewan, Assembly of First Nations (December 5, 2001)

Walker, Mr. John, Director, Residential Care, Veterans Services (March 7,2002).

Whiteduck, Mr. Larry, Coordinator for First Nations Veterans Social Development, Assembly of First Nations (December 5, 2001).

37th Parliament – 2nd Session

PUBLIC HEARINGS IN OTTAWA

Allard, Mr. Pierre, Director, Service Bureau, Royal Canadian Legion (April 30, 2003).

Dallaire, Lieutenant-General (ret'd) Roméo, O.C., C.M.M., M.S.C., C.D, (May 28, 2003).

Daly, Mr. Duane, Dominion Secretary, Royal Canadian Legion (April 30, 2003).

Darte, Ms. Kathy, Special Project Officer, Research and, Information Directorate; Department of Veterans Affairs (February 26, 2003).

Ferguson, Mr. Brian, Assistant Deputy Minister, Veterans Services Branch, Department of Veterans Affairs (May 14, 2003).

Grenier, Lieutenant-Colonel Stéphane, Project Manager — Operational Stress Injury Social Support, Department of Veterans Affairs (February 26, 2003).

Huard, Ms. Diane, Director, Canadian Forces Services Directorate, Department of Veterans Affairs (February 26, 2003).

Parks, Mr. Allan, Dominion President, Royal Canadian Legion (April 30, 2003).

Stagg, Mr. Jack, Deputy Minister, Department of Veterans Affairs (May 14, 2003).

Walker, Mr. John, Director, Residential Care Directorate, Department of Veterans Affairs (May 14, 2003).

37th Parliament – 1st Session

1) Material provided by the Canadian Peacekeeping Veterans Association, November 28, 2001.

2) Material provided by the National Council of Veteran Associations in Canada, November 28, 2001.

3) Material provided by the Assembly of First Nations, December 5, 2001.

4) Material provided by the Army Navy and Air Force Veterans in Canada, December 5, 2001.

EXHIBITS

37th Parliament – 2nd Session

1) Opening Remarks by LCol Stéphane Grenier, February 26, 2003.

2) Material provided by Veterans Affairs Canada on Operational Stress Injury, February 26, 2003.

3) Legion Presentation to Senate Veterans Affairs Subcommittee, 30 April 2003 – Health Care Provided to Veterans of War & Peacekeeping" by Allan Parks, Dominion President, April 30, 2003.

4) Corporate Canadian Forces (CF) Initiatives (Edition III, November 2002 – Canadian Forces Services Directorate, May 14, 2003.

5) Speaking Notes LGen Roméo Dallaire, O.C., C.M.M., M.S.C., C.D. (Ret'd), May 28, 2003.

Submission

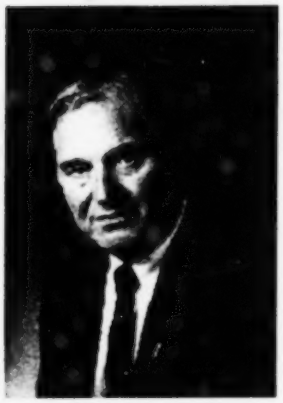
6) Meeting Veterans Treatment Needs, a report on DND/VAC PTSD Programs – Canadian Peacekeeping Veterans Association.

APPENDIX 1

Previous Reports

- VALIANTS GROUP – December 2002.
- FIXING THE CANADIAN FORCES' METHOD OF DEALING WITH DEATH OR DISMEMBERMENT – April 2003.
- BILL C-227 (An Act respecting a national day of remembrance of the battle of Vimy Ridge) – March 2003.

APPENDIX II
BIOGRAPHIES OF MEMBERS OF THE COMMITTEE



The Honourable NORMAN K. ATKINS, Senator

Senator Atkins was born in Glen Ridge, New Jersey. His family is from Nova Scotia and New Brunswick, where he has spent a great deal of time over the years. He is a graduate of the Appleby College in Oakville, Ontario, and of Acadia University in Wolfville, Nova Scotia, where he studied economics and completed a Bachelor of Arts programme in 1957. (Senator Atkins subsequently received an Honourary Doctorate in Civil Law in 2000, from Acadia University, his old "alma mater".)

A former President of Camp Associates Advertising Limited, a well-known Toronto-based agency, Senator Atkins has also played an active role within the industry, serving, for instance, as a Director of the Institute of Canadian Advertising in the early 1980's.

Over the years, Senator Atkins has had a long and successful career in the field of communications – as an organizer or participant in a number of important causes and events. For instance, and to name only a few of his many contributions, Senator Atkins has given of his time and energy to Diabetes Canada, the Juvenile Diabetes Foundation, the Dellcrest Children's Centre, the Federated Health Campaign in Ontario, the Healthpartners Campaign in the Federal Public Service as well as the Chairperson of Camp Trillium-Rainbow Lake Fundraising Campaign.

Senator Atkins was also involved with the Institute for Political Involvement and the Albany Club of Toronto. (It was during his tenure as President in the early 1980's that the Albany Club, a

prestigious Toronto private club, and one of the oldest such clubs across the country, opened its membership to women.)

Senator Atkins has a long personal history of political involvement. In particular, and throughout most of the last 50 years or so, he has been very active within the Progressive Conservative Party – at both the national and the provincial levels. Namely, Senator Atkins has held senior organizational responsibility in a number of election campaigns and he has served as an advisor to both the Rt. Hon. Brian Mulroney and the Rt. Hon. Robert L. Stanfield, as well as the Hon. William G. Davis.

Norman K. Atkins was appointed to the Senate of Canada on June 29, 1986. In the years since, he has proven to be an active, interested, and informed Senator. In particular, he has concerned himself with a number of education and poverty issues. As well, he has championed the cause of Canadian merchant navy veterans, seeking for them a more equitable recognition of their wartime service. Senator Atkins served in the United States military from September 1957 to August 1959.

Currently, Senator Atkins is the Chair of the Progressive Conservative Senate Caucus, Deputy Chair of Internal Economy, Budgets and Administration, as well as a member of both the National Security and Defence Committee and the Veterans Affairs Subcommittee. He is also the Honourary Chair of the Dalton K. Camp Endowment in Journalism at Saint-Thomas University in Fredericton, New Brunswick and Member of the Advisory Council, Acadia University School of Business.

The Honourable JOSEPH A. DAY, Senator

Appointed to the Senate by the Rt. Honourable Jean Chrétien, Senator Joseph Day represents the province of New Brunswick and the Senatorial Division of Saint John-Kennebecasis. He has served in the Senate of Canada since October 4, 2001.

He is currently a Member of the following Senate Committees: Agriculture and Forestry; National Security and Defence; and, the Subcommittee on Veterans Affairs, National Finance and Transport and Communications. He is Deputy Chair of the National Finance as well as the Subcommittee on Veterans Affairs. Areas of interest and specialization include: science and technology, defence, international trade and human rights issues, and heritage and literacy. He is a member of many Interparliamentary associations, including the Canada-China Legislative Association and the Interparliamentary Union.

A well-known New Brunswick lawyer and engineer, Senator Day has had a successful career as a private practice attorney. His legal interests include Patent and Trademark Law, and intellectual property issues. Called to the bar of New Brunswick, Quebec, and Ontario, he is also certified as a Specialist in Intellectual Property Matters by the Law Society of Upper Canada, and a Fellow of the Intellectual Property Institute of Canada. Most recently (1999-2000) he served as President and CEO of the New Brunswick Forest Products Association. In 1992, he joined J.D. Irving Ltd., a conglomerate with substantial interests in areas including forestry, pulp and paper, and shipbuilding, as legal counsel. Prior to 1992 he practiced with Gowling & Henderson in Kitchener-Waterloo, Ogilvy

Renauld in Ottawa, and Donald F. Sim in Toronto, where he began his career in 1973.

An active member of the community, Senator Day currently chairs the Foundation, and the Board of the Dr. V.A. Snow Centre Nursing Home, as well as the Board of the Associates of the Provincial Archives of New Brunswick. Among his many other volunteer efforts, he has held volunteer positions with the Canadian Bar Association and other professional organizations, and served as National President of both the Alumni Association (1996) and the Foundation (1998-2000) of the Royal Military College Club of Canada.

Senator Day holds a Bachelor of Electrical Engineering from the Royal Military College of Canada, an LL.B from Queen's University, and a Masters of Laws from Osgoode Hall.

The Honourable COLIN KENNY, Senator

Career History

Sworn in on June 29th, 1984 representing the Province of Ontario. From 1970 until 1979 he worked in the Prime Minister's Office as Special Assistant, Director of Operations, Policy Advisor and Assistant Principal Secretary to the Prime Minister, the Right Honourable Pierre Trudeau.

Committee Involvement

During his parliamentary career, Senator Kenny has served on numerous committees. They include the Special Committee on Terrorism and Security (1986-1988 and 1989-1991), the special Joint Committee on Canada's Defence Policy (1994), the Standing Committee on Banking Trade and Commerce, the Standing Committee on National Finance, and was the Chair of the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration (1995-1997).

In 1995, Senator Kenny became the first Senator to successfully pass a Private Senator's Bill through parliament to become a law. The bill was the Alternative Fuels Act, which mandates that 75% of the federal governments vehicles run on alternative fuels by the year 2004.

He is currently Chair of the Standing Senate Committee on National Security and Defence. Senator Kenny is also currently a member of the Steering Committee of the Standing Senate Committee on Energy, the Environment and Natural Resources and in the past has served as Vice- Chair. Senator Kenny has been a member of this committee since 1985.

Defence Matters

Senator Kenny has been elected as Rapporteur for the Defence and Security Committee on the NATO Parliamentary Assembly. Prior to that he was Chair of the NATO Parliamentary Assembly Subcommittee on the Future Security and Defence Capabilities and Vice-Chair of the NATO Parliamentary Assembly Subcommittee on the Future of the Armed Forces.

The Honourable MICHAEL A. MEIGHEN, Senator

Appointed to the Senate in 1990, the Honourable Michael Meighen serves on various Senate Standing Committees including Banking Trade and Commerce, National Security and Defence, and chairs the Subcommittee on Veterans Affairs. He has also served on the Special Joint Committee on Canada's Defence Policy, the Special Joint Committee on a Renewed Canada and the Standing Committee on Fisheries.

In his private career, Senator Meighen practiced litigation and commercial law in Montreal and Toronto. He is Counsel to the law firm Ogilvy Renault, and was Legal Counsel to the Deschênes Commission on War Criminals. He is Chairman of Cundill Funds (Vancouver) and sits on the Board of Paribas Participations Limited, J.C. Clark Ltd. (Toronto).

Senator Meighen's present involvement in community service includes the Salvation Army (Chair, Toronto Advisory Committee), Stratford Festival (past Chair), Prostate Cancer Research Foundation, Atlantic Salmon Federation, University of King's College (Chancellor), University of Waterloo Centre for Cultural Management (Chair, Board of Governors), Université Laval, McGill University.

Senator Meighen is a graduate of McGill University and Université Laval and was awarded Honorary Doctorate in Civil Law in 2001 from Mount Allison University. He lives in Toronto with his wife Kelly and their three sons.

The Honourable John (Jack) Wiebe, Senator

Jack Wiebe is one of Saskatchewan's leading citizens. He has been a highly successful farmer, as well as a member of the Saskatchewan Legislative Assembly.

And in 1994, he became the first farmer to be appointed to the position of Lieutenant Governor of Saskatchewan in almost 50 years.

Senator Wiebe first became known in Saskatchewan as a leader in the farm community. He and his family built a thriving farm in the Main Center district of the province, and from 1970-86 he was owner and President of L&W Feeders Ltd.

Senator Wiebe has been very involved with the co-operative movement, and has served on the Main Center Wheat Pool Committee, the Herbert Credit Union, the Herbert Co-op, and the Saskatchewan Co-operative Advisory Board. He has also been active with the Saskatchewan Wheat Pool, and the Saskatchewan Stock Growers Association. He is currently the Saskatchewan Chairman of the Canadian Forces Liaison Council.

Senator Wiebe was elected in 1971 and 1975 as a Member of the Saskatchewan Legislative Assembly for the constituency of Morse.

Senator Wiebe and his wife, Ann, have raised three daughters and have four grandchildren.

Current Member of the following Senate committee(s):

Agriculture and Forestry, Deputy Chair; National Security and Defence; Subcommittee on Veterans Affairs; Rules, Procedures and the Rights of Parliament.

TRAUMATISMES LIÉS AU STRESS :
Le besoin de compréhension

Rapport du Sous-comité des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la Sécurité nationale et de la défense

Juin 2003

MEMBRES

37ième législature – 1ere session

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DE LA SÉCURITÉ NATIONALE ET DE LA DÉFENSE

L'honorable Colin Kenny **(président)**
L'honorable J. Michael Forrestall **(vice-président)**

et

Les honorable sénateurs:

Norman K. Atkins
Tommy Banks
Jane Cordy
*Sharon Carstairs, C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.)
Joseph A. Day
*John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)
Michael A. Meighen
Laurier L. Lapierre
John (Jack) Wiebe
Membres d'office

(*Greffier* : Barbara Reynolds)

LE SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS/
Sous-comité du Comité permanent de la sécurité nationale et de la défense

L'honorable Michael A. Meighen **(président)**
L'honorable John (Jack) Wiebe **(vice-président)**

et

Les honorables sénateurs:

Norman K. Atkins
*Sharon Carstairs, C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.)
Joseph A. Day
Colin Kenny
*Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Membres d'office

(*Greffier* : Barbara Reynolds)

Nota : Les honorables sénateurs Banks, Forrestall ont aussi participé aux séances du Sous-comité portant sur cette étude.

MEMBRES

37ième législature – 2ième session

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DE LA SÉCURITÉ NATIONALE ET DE LA DÉFENSE

L'honorable Colin Kenny **(président)**
L'honorable J. Michael Forrestall **(vice-président)**

et

Les honorable sénateurs:

Norman K. Atkins
Tommy Banks
Jane Cordy
*Sharon Carstairs, C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.)
Joseph A. Day
*John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)
Michael A. Meighen
David P. Smith, C.P.
John (Jack) Wiebe

**Membres d'office*

(*Greffier* : Barbara Reynolds)

LE SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS/
Sous-comité du Comité permanent de la sécurité nationale et de la défense

L'honorable Michael A. Meighen **(président)**
L'honorable Joseph A. Day **(vice-président)**

et

Les honorables sénateurs:

Norman K. Atkins
*Sharon Carstairs, C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.)
Colin Kenny
*Lynch-Staunton (ou Kinsella)
John (Jack) Wiebe

**Membres d'office*

(*Greffier* : Barbara Reynolds)

Nota : L'honorables sénateur Forrestall a aussi participé aux séances du Sous-comité portant sur cette étude.

ORDRE DE RENVOI

37ième législature – 1ere session

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 4 octobre 2001 :

L'honorable sénateur Wiebe, au nom de l'honorable sénateur Meighen, propose, appuyé par l'honorable sénateur Banks,

Que le Comité sénatorial permanent de la défense et de la sécurité soit autorisé à examiner, pour ensuite en faire rapport, les soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours de guerres ou dans le cadre d'opérations de maintien de la paix; les suites données aux recommandations faites dans ses rapports précédents sur ces questions; et les conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniforme dans des fonctions d'appui rapproché, et à faire un rapport sur ces questions;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité fasse rapport au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, nonobstant les pratiques habituelles, à déposer son rapport auprès du Greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas, et que ledit rapport soit réputé avoir été déposé au Sénat.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Paul C. Bélisle

Greffier du Sénat

ORDRE DE RENVOI

37ième législature – 2ième session

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 20 novembre 2002 :

L'honorable sénateur Kinsella, au nom de l'honorable sénateur Meighen, propose, appuyé par l'honorable sénateur Atkins,

Que le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense soit autorisé à examiner, pour ensuite en faire rapport, les soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours de guerres ou dans le cadre d'opérations de maintien de la paix; les suites données aux recommandations faites dans ses rapports précédents sur ces questions; et les conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniforme dans des fonctions d'appui rapproché, et à faire un rapport sur ces questions; et toutes les autres questions connexes.

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question dans la deuxième session de la trente-sixième législature et dans la première session de la trente-septième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité fasse rapport au plus tard le 30 juin 2003.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat

Paul C. Bélisle

Extrait du *Procès-verbal* du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense du lundi 25 novembre 2002 :

L'honorable sénateur Banks propose : Que l'ordre de renvoi relatif aux soins de santé offerts aux anciens combattants soit renvoyé au Sous-comité des anciens combattants.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Comité

Barbara Reynolds

TABLE DES MATIÈRES

Page

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT 2

INTRODUCTION 4

ANCIENS COMBATTANTS TOUCHANT UNE PENSION POUR SSPT EN 2002 9

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES TRAUMATISMES LIÉS AU STRESS OPÉRATIONNEL 13

A. Mesures de prévention 13

B. Mesures de traitement 20

CONCLUSION 30

Absence d'informations empiriques sur les TLSO 30

LISTE DES RECOMMANDATIONS 37

LISTE DES TÉMOINS-37-1 40

LISTE DES TÉMOINS-37-2 43

EXIBITS-37-1 44

EXIBITS-37-2 45

ANNEXE 1 46

ANNEXE 11 47

BIOGRAPHIES DES MEMBRES DU COMITÉ 47

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT

Pour ceux de nous qui ne faisons pas partie des Forces canadiennes, il est difficile, voire impossible de nous imaginer mettre notre vie en danger ou, d'exercer une force mortelle pour servir notre pays. Dans le cadre de l'engagement du Canada envers les Nations Unies et ses alliés de l'OTAN, les militaires canadiens ont dû faire face à des situations où la mort et la destruction occupaient une majeure partie de leur vie pendant qu'ils servaient leur pays. Que ce soit pour maintenir, consolider ou rétablir la paix ou encore que ce soit pour intervenir sur un théâtre de guerre, comme en Afghanistan, la mort et la mutilation hantent le quotidien de nos militaires.

Ils vivent et travaillent dans de telles conditions pendant de longues périodes avec peu ou point de répit, sans souvent pouvoir faire autrement qu'assister impuissants au génocide se déroulant devant eux. De telles conditions peuvent causer ce qu'on appelle maintenant des « blessures liées au stress professionnel », dont la plus connue est le « syndrome de stress post-traumatique ».

Les audiences de notre comité sur cette question ont été révélatrices puisqu'elles ont montré que le Parlement doit toujours faire preuve de vigilance en assurant le suivi des activités de nos forces armées.

Le présent rapport traite d'une blessure qui n'est pas aussi évidente que la perte d'un membre puisqu'elle est d'ordre mental et psychologique. Le Comité s'est penché sur la nécessité de nous assurer que nos militaires sont au courant qu'ils peuvent être traités s'ils subissent une blessure liée au stress professionnel. Il est essentiel que nos militaires sachent que les blessures physiques ou psychologiques doivent être traitées.

Nous croyons également qu'une grande partie du stress que subissent nos militaires est attribuable à la pénurie de personnel. Le Canada ne peut pas respecter ses engagements pris envers ses alliés à moins que l'effectif des Forces canadiennes ne soit porté à 75 000 militaires.

Le Sénat procure de grands avantages : notamment, les sénateurs seront en mesure de vérifier la mise en œuvre de nos recommandations au cours des prochaines années.

J'espère sincèrement que, lorsque nous nous pencherons de nouveau sur cette question à intervalles réguliers, des améliorations importantes auront été apportées à la façon dont le ministère de la Défense nationale dépiste et traite les personnes qui souffrent des ravages psychologiques causés par une blessure liée au stress professionnel.

Le président,

L'honorable Michael A. Meighen

INTRODUCTION

Le lieutenant-colonel Stéphane Grenier, gestionnaire du projet — Soutien social aux victimes de stress opérationnel, a rappelé au Sous-comité que le Canada a perdu plus de 100 soldats depuis l'implantation du modèle de maintien de la paix. Il a ajouté :

> Au-delà de cette liste officielle des pertes, cependant, nous ne pouvons plus ignorer que ces opérations ont aussi coûté au Canada et aux Forces canadiennes un nombre important et incalculable de blessés parmi le personnel militaire. Ces blessés ne sont pas des victimes de balles perdues, de mines terrestres ou d'accidents de la route, mais du stress opérationnel. Contrairement aux blessures physiques, les traumatismes liés au stress opérationnel ne sont pas visibles extérieurement. Souvent, les supérieurs, les collègues et, dans bien des cas, les soldats eux-mêmes ne les remarquent pas avant des mois ou des années. Et ceux qui se rendent enfin compte qu'ils ont subi un traumatisme lié au stress opérationnel ne considèrent pas comme une solution viable de demander de l'aide à cause des stigmates négatifs associés aux maladies et aux malaises de ce genre[1].
>
> Le colonel Scott Cameron, Directeur du Service de santé des Forces canadiennes, a défini le syndrome de stress post-traumatique (communément appelé SSPT) comme une anomalie du fonctionnement du cerveau qui découle d'un traumatisme psychologique. Il s'agit d'une lésion psychologique et la plus grave

(1) Délibérations du sous-comité des anciens combattants, 2e session, 37e législature, fascicule 3, p. 25-26 (26 février 2003). Ci-après citées comme suit : session, législature, fascicule, page (date).

des formes de traumatismes liés aux stress opérationnel (TLSO), c'est-à-dire les problèmes mentaux, émotionnels, spirituels et relationnels qui peuvent découler des stress et traumatismes des opérations militaires ou être exacerbés par ceux-ci.

Les signes et les symptômes du SSPT se caractérisent par la persistance de certaines ou de la totalité des manifestations suivantes longtemps après l'événement traumatique :

- revivre l'événement en rêve, souvenirs réalistes et non désirés ou retours en arrière;
- efforts visant à éviter les éléments qui rappellent le traumatisme, ce qui peut conduire à un sentiment d'engourdissement et à la difficulté de ressentir des impressions plaisantes et désagréables;
- incapacité de détendre le corps ou de concentrer efficacement son esprit;
- dépression et colère, sentiment de culpabilité;
- problèmes physiques (douleur, épuisement, insomnie);
- tentative de se soigner avec l'alcool ou des drogues.

Bon nombre de ces manifestations et symptômes chez les soldats ont été observés dès le XVII^{e} siècle. Au XX^{e} siècle, le traumatisme dû au bombardement (Première Guerre mondiale), la névrose de guerre (Seconde Guerre mondiale) et l'épuisement dû au combat (guerre de Corée) sont les expressions qu'ont utilisées les professionnels pour décrire les troubles

neuropsychiatriques. À la fin des années 1970, l'expérience acquise par les États-Unis qui traitaient les anciens combattants du Vietnam a amené les médecins militaires à faire la distinction entre l'épuisement au combat, sur le champ de bataille, qui laissait une piste de documents et rapports médicaux dans le dossier militaire du soldat, et les problèmes de réadaptation liés à la guerre, qui amenaient l'ancien combattant à alterner entre combat et vie civile. Il a été établi que les problèmes de réajustement étaient un trouble anxieux caractérisé par le stress causé par le fait de revivre des événements hors de la gamme des expériences communes. Les syndromes de stress se développaient habituellement quelque temps après la fin du stress ou du traumatisme. Le SSPT apparaissait chez certains militaires qui avaient éprouvé l'épuisement au combat mais il était plus souvent diagnostiqué chez les anciens combattants dont le dossier médical ne contenait aucune mention de cette affection.

Pour qu'un militaire ait droit à une pension, il faut qu'une pathologie ou une incapacité puisse être rattachée au service militaire. Avant que le SSPT ne soit reconnu par le corps médical en tant que condition susceptible de se manifester après le retour du combattant à la vie civile, il était réputé très difficile de lier les pathologies et les incapacités neuropsychiatriques au service militaire et par conséquent de les traiter ou d'obtenir une pension à leur égard.

Les Forces canadiennes n'ont pas combattu au Vietnam (bien que des milliers de Canadiens aient servi à titre de volontaires dans les Forces armées américaines pendant cette guerre et que des militaires canadiens ont agi à titre d'observateurs lors de missions internationales de contrôle en Indochine). Cependant, à mesure que le SSPT devenait reconnu en tant que lésion ouvrant droit à pension aux États-Unis, l'expression commençait à être employée par les organisations d'anciens combattants qui se présentaient devant le sous-comité des anciens combattants du Sénat afin de décrire des symptômes neuropsychiatriques dont continuaient de souffrir les anciens combattants canadiens de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée. Vers la même époque, des anciens combattants revenus de missions de maintien de la paix ont commencé à se plaindre des mêmes symptômes.

À la fin des années 1990, les Forces canadiennes ont constaté que les militaires en service et les anciens combattants manifestaient beaucoup de réticence à faire la démarche et à demander des soins pour des « troubles neuropsychiatriques » ou le « syndrome de stress post-traumatique ». C'est ainsi qu'a été adoptée l'expression non médicale « traumatisme lié au stress opérationnel », qui est moins intimidante et indique de toute évidence que le problème est un « traumatisme » et non pas une maladie mentale.

À l'instar des membres du comité principal, le Comité permanent de la sécurité nationale et de la défense, les membres du sous-comité des anciens combattants se sont rendus dans presque toutes les grandes bases des Forces canadiennes. Ils ont eu l'occasion de parler de l'incidence, de la prévention et du traitement des traumatismes liés au stress opérationnel avec les commandants, les médecins et d'autres gradés sur le terrain et de visiter des centres de soutien aux familles de militaires d'un bout à l'autre du pays. Le sous-comité a fait un voyage spécial au dernier hôpital pour anciens combattants, l'Hôpital Sainte-Anne à Sainte-Anne de Bellevue, à l'ouest de Montréal, afin de visiter le Centre de santé mentale des militaires en service et des anciens militaires. À Ottawa, le sous-comité a entendu les cadres du ministère de la Défense nationale, le ministre et des cadres d'Anciens combattants Canada, des représentants d'organisations d'anciens combattants et le général Roméo Dallaire.

Le présent rapport commence par passer en revue la concession de pensions aux anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée et aux anciens militaires ayant participé à des opérations de maintien ou d'imposition de la paix, atteints du syndrome de stress post-traumatique . Il énumère ensuite certains aspects préoccupants que le sous-comité a constatés dans les mesures que le ministère de la Défense nationale a prises pour prévenir ou réduire l'incidence des traumatismes

liés au stress opérationnel, pour encourager les personnes traumatisées à demander un traitement, et dans les traitements en tant que tels.

Anciens combattants touchant une pension pour SSPT en 2002

En préparant le présent rapport, le sous-comité a demandé au ministère des Anciens combattants des statistiques sur les demandes de pension d'invalidité pour cause de SSPT en vertu de la *Loi sur les pensions*. Il appert que, entre octobre 1994 et le 8 novembre 2002, 1 162 anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée ont demandé une pension pour le SSPT. De ce nombre, 945, soit 81 %, ont obtenu une réponse favorable, un taux de réussite qui prouve que le ministère des Anciens combattants et le Tribunal des anciens combattants (révision et appel) ont effectivement fait tout leur possible pour donner aux anciens combattants le bénéfice du doute dans ces cas. En novembre 2002, 883 anciens combattants ou leurs survivants touchaient une pension pour SSPT. Dans 172 cas, le montant de la pension faisait l'objet d'une révision. Cependant, 625 des 711 autres pensionnés (88 %) touchaient une pension inférieure à 45 % de la pleine pension.

Pendant la même période (d'octobre 1994 à novembre 2002), 1 646 anciens combattants des Forces canadiennes ont demandé une pension d'invalidité pour cause de SSPT; 1 459 (88,6 %) ont obtenu une réponse favorable. En novembre 2002, 1 438 anciens combattants des Forces canadiennes ou leurs

survivants touchaient une pension pour cause de SSPT. L'évaluation de 92 cas faisait l'objet d'un examen à ce moment. Parmi les 1 346 cas restants, 622, soit un peu moins de 50 %, recevaient une pension équivalent à 45 % ou plus de la pleine pension.

Le nombre relativement modeste de demandes des deux groupes d'anciens combattants a peu à voir avec le nombre d'anciens combattants qui souffrent probablement de traumatismes liés au stress opérationnel. Aujourd'hui, selon le témoignage du ministre des Anciens combattants, on dénombre plus de 700 000 anciens combattants. L'on peut avancer qu'un peu plus de 2 800 anciens combattants (moins de la moitié d'un pour cent) ont présenté une demande de pension d'invalidité pour cause de SSPT. Selon une des très rares études canadiennes sur l'incidence de traumatismes liés au stress opérationnel chez les anciens combattants, le taux d'incidence de SSPT dans un échantillon des soldats qui ont pris d'assaut les plages de Dieppe oscillait entre 30 % et 43 % en 1992, 50 ans après le fait. Une approximation du taux d'anciens combattants qui ont participé à différents déploiements outremer au cours des dix dernières années se situe dans cette fourchette.

(2) [2] Voir les précédents rapports du Sous-comité *Presque trop tard* (janvier 1991) et *Fidèles à la parole donnée: d'hier à demain* octobre 1994).

Dans de tels cas, l'octroi d'une pension pour traumatismes psychologiques, un état auquel le public et un grand nombre sinon la plupart des anciens combattants attachent des stigmates, le Ministère doit se montrer beaucoup plus dynamique afin d'informer les anciens combattants des prestations auxquelles ils pourraient avoir droit. Chaque année, les anciens combattants, leurs soignants, les associations d'anciens combattants et d'autres instances doivent être informés du fait que les traumatismes psychologiques découlant du service donnent autant droit à une pension que des blessures physiques. L'avis devrait résumer les symptômes des états les plus graves comme la dépression et le SSPT. Cet avis devrait être affiché sur le site Web du Ministère, joint aux chèques de pension d'invalidité, envoyé à toutes les unités régulières et de milice et aux foyers où habitent des anciens combattants et, dans la mesure du possible, joint aux chèques de sécurité de la vieillesse et du RPC.

Lorsqu'ils quittent les Forces canadiennes, de nombreux anciens combattants retournent dans de petites villes, des régions rurales ou des réserves où ils sont très difficiles à joindre s'ils ne touchent pas déjà des prestations d'anciens combattants. La Légion royale canadienne a des filiales dans un grand nombre de petites villes et les conseils de bande sont chargés d'administrer les réserves. Ces organisations peuvent être très utiles pour rejoindre les anciens combattants dans les régions éloignées ou les anciens combattants qui ne souhaitent pas avoir affaire à des

fonctionnaires. Les agents de service de la Légion représentent déjà les anciens combattants, sans contrepartie, dans 10 % à 15 % des demandes de pension et demandes de réévaluation. S'ils agissaient au nom du Ministère dans les petites localités, ils augmenteraient encore davantage leur utilité.

Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants :

1. **mette en place un programme d'approche dynamique afin d'indiquer aux anciens combattants que les traumatismes psychologiques liés au service ouvrent droit à une pension autant que les blessures physiques.**

Cela devrait encourager les soignants professionnels (p. ex., les administrateurs et les infirmières et infirmiers qui travaillent dans des foyers) à aider à informer les anciens combattants au sujet des prestations auxquelles ils ont peut-être droit et à entreprendre une démarche, lorsque l'ancien combattant n'a pas la capacité deveiller à ce que les arbitres et les avocats du Ministère qui voient des indications d'un traumatisme psychologique alors qu'ils examinent les dossiers d'anciens combattants pour une autre demande informent celui-ci qu'il peut être justifié de présenter un demande pour traumatisme lié au stress opérationnel et deretenir par contrat les services de la Légion royale canadienne pour obtenir l'aide de ses agents de service bénévoles dans les petites localités,

afin qu'ils communiquent avec les anciens combattants et les informent des prestations auxquelles ils ont droit.

Prévention et traitement des traumatismes liés au stress opérationnel

A. Mesures de prévention

Les Forces canadiennes ont pris des mesures dès le début des années 1990 afin de réduire les risques de voir des effectifs déployés à l'étranger soient victimes de stress opérationnel (VSO). Parmi ces mesures, on note la distribution d'information et une formation avant le déploiement, une formation et un soutien en cours de mission, des séances de briefing et de debriefing au retour et un suivi. De nouvelles initiatives ont été élaborées. Par exemple, tous les soldats qui revenaient de l'Opération Apollo (déploiement en Afghanistan en 2002) ont passé du temps dans l'île de Guam à « décompresser » et à réapprendre les compétences civiles avant d'être renvoyés dans leur famille au Canada. L'expérience montre que les symptômes ont tendance à se manifester deux mois après l'opération. À l'avenir, toute personne revenant d'une opération militaire aura une entrevue avec un professionnel de la santé mentale au bout de deux à trois mois, de préférence accompagné de son conjoint ou partenaire.[3]

(3) [3] ***Ibid***, 1re session, 37e législature, fascicule 5, p. 8, témoignages pour la séance du 24 avril 2002.

L'absence d'instruction appropriée quant à la nature et à la cause des TLSO est l'une des principales lacunes qu'a constatées le comité parmi les mesures préventives qui sont prises. Cette lacune est constatée à tous les stades de la carrière militaire et à tous les grades, officiers et soldats également. Le lieutenant-général Christian Couture, sous-ministre adjoint (Ressources humaines militaires), estime qu'il « nous faut intégrer dans nos cours de leadership à tous les niveaux une meilleure sensibilisation et une meilleure éducation relativement à ce problème ». Il a ajouté que « L'instruction quant aux blessures mentales est insuffisante ».(4) Il a demandé à ses spécialistes de l'instruction et de la formation d'élaborer un programme destiné à accroître la résistance des effectifs aux TLSO. La documentation d'éducation et de formation serait examinée notamment par le Groupe de Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) avant d'être intégrée aux trousses d'instruction et aux modules de formation préparatoire au déploiement.

L'ombudsman militaire, André Marin, a été plutôt catégorique au sujet de la sensibilisation de la direction des FC au problème du SSPT :

> ... nous avons conclu dans notre rapport qu'en dépit des engagements qui ont été pris, il n'y a guère eu de progrès, voire aucun, dans la qualité et la quantité des notions sur le SSPT qui sont données aux

(4) « ***Ibid***, 1re session, 37e législature, fascicule 5, p. 11-12, témoignages pour la séance du 24 avril 2002.

dirigeants des Forces canadiennes en 2002. Encore aujourd'hui, le Collège militaire royal n'offre pas à la prochaine génération de dirigeants des FC de notions valables concernant le SSPT. ...

Pourtant, il n'y a pas eu de progrès dans la mise en oeuvre de changements.[5]

Le Sous-comité recommande que le ministère de la Défense nationale, avec l'appui des professionnels de l'hôpital Sainte-Anne, :

2. **agisse le plus rapidement possible pour améliorer la qualité de l'instruction et fasse en sorte que plus de temps soit consacré à l'instruction sur la nature, la gestion et le traitement des TLSO à tous les échelons des FC; élabore des méthodes empiriques pour évaluer la qualité de l'éducation et de la formation fournies, notamment des tests théoriques et des tests sur le terrain; lors de la préparation d'exercices, que les victimes comprennent les personnes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel aussi bien que celles qui souffrent de blessures physiques.**

Lors de son passage à l'Hôpital Sainte-Anne, à l'ouest de Montréal, qui est un centre d'excellence dans le traitement du SSPT et d'autres TLSO, il a été

(5) *Ibid*, 1re session, 37e législature, fascicule 5, p. 3-4, témoignages pour la séance du 17 avril 2002.

donné au sous-comité une petit cours sur les caractéristiques personnelles qui rendent une personne plus ou moins susceptible d'être victime d'un TLSO. Selon les professionnels de l'établissement, l'on pourrait produire un profil à partir de ces caractéristiques et élaborer un test psychologique qui pourrait servir à sélectionner les éventuelles recrues.

À condition de prévoir des moyens de contrôle appropriés, le sous-comité est favorable à un processus de sélection de toutes les recrues, qu'il s'agisse d'officiers ou d'autres grades, en fonction de leur susceptibilité potentielle aux TLSO. Ce processus de sélection aurait pour seul objectif d'offrir aux recrues des services de conseil et de soutien dans l'éventualité où les candidats décideraient d'entrer dans les FC. Ce processus serait à l'avantage des recrues et se fonderait sur le principe qui veut « qu'une personne avertie en vaut deux ». Cette évaluation ne devrait pas avoir d'effet sur la sélection des candidats étant donné qu'elles serait intrinsèquement théorique, subjective et éventuellement discriminatoire; parce qu'elle n'aurait pas démontré sa capacité de prévoir l'incidence de TLSO chez les personnes jugées susceptibles et parce qu'elle priverait les FC de recrues qui, moyennant un soutien approprié, auraient le potentiel de devenir des officiers et des hommes et femmes de troupes de grande valeur.

Le sous-comité recommande que le ministère de la Défense nationale, avec l'appui des professionnels de l'Hôpital Saint-Anne :

3. **élabore et administre, à titre expérimental, un test psychologique destiné à déceler les recrues qui pourraient être particulièrement susceptibles aux formes les plus graves de TLSO comme le SSPT; fournisse aux recrues jugées potentiellement plus susceptibles, et considérées par ailleurs comme des candidats désirables, des services de consultation avant leur engagement et pendant leur carrière militaire, jusqu'à ce que l'on puisse établir l'exactitude des résultats de l'évaluation.**

Depuis une dizaine d'années, les FC ont été soumises à un rythme d'opérations harassant dont la lourdeur a été ressentie non seulement par les éléments déployés et leur famille mais aussi par les membres au Canada qui sont soumis à une surcharge de travail indue liée à la préparation des déploiements et à la formation et au soutien de leurs collègues déployés. Cette situation continue de peser lourdement sur la vie des membres des FC et de leur famille. Elle favorise une quantité inacceptable de TLSO graves qui causent la rupture de familles ou encore qui sont aggravés par l'éclatement de la famille. Avec une Force régulière d'environ 52 000 éléments actifs entraînés, les Forces canadiennes manquent simplement trop de personnel pour maintenir le niveau d'opérations des dix dernières

années. Or, si cela se trouve, ce tempo s'est encore accéléré depuis le 11 septembre 2001.

Le sous-comité a discuté de la santé mentale des Forces canadiennes avec le général Roméo Dallaire qui, depuis sa retraite, s'est distingué à titre de porte-parole des membres des FC qui souffrent du SSPT, un groupe dont il fait lui-même partie. Il a fait remarquer que, pendant la Guerre froide, les FC étaient en situation de paix; depuis la fin de la Guerre froide, voici que les FC se sont trouvées en perpétuelle mission de résolution de conflit. Le niveau de saturation de ces mission a fait en sorte que la capacité des unités participantes a cessé de s'améliorer; au contraire, il entraîne la diminution et l'usure de cette capacité. M. Dallaire a insisté plusieurs fois sur la nécessité d'augmenter la taille des FC à un niveau qui permettrait de rétablir un intervalle raisonnable entre les rotations des militaires. À défaut, dit-il, le Canada risque de se trouver paralysé, incapable de poursuivre ses missions et d'accuser bien d'autres pertes.

M. Dallaire a indiqué dans son témoignage que les FC ont besoin à tout le moins de 10 000 éléments réguliers de plus, pour doter deux brigades additionnelles, lesquelles fourniraient six ou sept unités pouvant être déployées, et de 3 000 éléments réguliers de plus pour étoffer les unités existantes. Ces éléments réguliers seraient appuyés par un contingent additionnel de 10 000 réservistes.

M. Dallaire a ajouté que, en raison des antécédents du Canada en maintien de la paix, de sa position de pays développé sans passé colonial et de sa richesse, le Canada a l'obligation morale d'accepter davantage et non pas moins de missions de maintien et d'imposition de la paix. C'est pourquoi il a été extrêmement réticent à admettre qu'il pouvait exister des circonstances dans lesquelles le Canada serait moralement justifié de se retirer de missions à l'étranger. Cependant, il a dû admettre que, si le gouvernement n'augmente pas les effectifs disponibles pour déploiement ou ne réduit pas le nombre de missions, il sacrifiera inutilement des vies, non seulement par le décès de militaires mais aussi par des blessures permanentes.»

D'un bout à l'autre du pays, les FC traversent une crise dans la recherche de personnel pour la prochaine rotation d'un déploiement existant, pour la prochaine mission, pour trouver le personnel pour former les recrues et même pour maintenir les capacités des éléments formés, pour garder les officiers de rang intermédiaire et les sous-officiers afin qu'ils dirigent les militaires, pour planifier ses opérations et pour appuyer les déploiements à l'étranger. En deux mots, depuis le 11 septembre 2002, un nombre toujours

(6) « *Ibid*, 2e session, 37e législature, fascicule X, p. X, témoignages pour la séance du 29 mai 2003.

croissant d'éléments des FC subissent un stress et une surcharge de travail que le qualificatif « abusif » ne parvient même pas à décrire.

Le Sous-comité conclut que, pour désamorcer une crise dévastatrice touchant à la santé mentale des militaires canadiens, le gouvernement doit établir un équilibre entre ses effectifs militaires actifs et entraînés et ses missions à l'étranger.

B. Mesures de traitement

Au cours de la visite d'information du Comité de la sécurité nationale et de la défense à son quartier général, le brigadier-général Ivan Fenton, commandant du Secteur militaire de l'Ouest, a déclaré au Comité que son commandement se trouvait en période de déploiements successifs, et que cela avait un effet sur l'état émotif et mental de ses troupes.

> Cela m'amène à vous parler d'un thème connexe à l'état émotif du personnel : le traumatisme lié au stress opérationnel ou TLSO. J'ai plusieurs centaines de soldats, plus de 200 au dernier décompte, qui sont en traitement pour TLSO. Bon nombre d'entre eux, s'ils ne sont pas traités, passeront au stade du syndrome de stress post-traumatique ou SSPT. Cela me préoccupe beaucoup mais je dois avouer que nous réussissons à les traiter beaucoup mieux qu'il y a cinq ou six ans.
>
> Mais ce qui me préoccupe vraiment est le fait que je crois avoir plusieurs centaines de soldats qui sont victimes du stress opérationnel (VSO) mais qui ont peur d'admettre qu'ils ont un

> problème. Cela me préoccupe doublement : premièrement, à titre de commandant, j'ai la responsabilité fondamentale de servir mes soldats et de veiller à leur bien-être, ce que je ne puis faire si je ne sais lesquels ont besoin d'aide et de quoi ils souffrent; deuxièmement, à titre de commandant, je suis tenu de fournir à l'armée et à mon pays des soldats pour de nouvelles opérations. Je crois avoir des centaines de soldats traumatisés qui, en surface, semblent tout à fait bien et prêts à être déployés, mais qui en fait ne le sont pas. Lorsque nous aurons besoin d'eux le plus, lors de la prochaine opération difficile, ils pourraient ne pas être en mesure de faire le travail excellent pour lequel ils sont reconnus.

Les militaires canadiens traités pour des TLSO représentent une inconnue mais assurément une infime proportion des militaires qui souffrent de leurs symptômes. Comment se fait-il que la grande majorité des VSO refusent de se déclarer et de demander un traitement voire même une indemnité pour leurs blessures mentales?

Il est courant d'expliquer que les militaires refusent de demander des soins en raison de la culture militaire qui valorise la force et abhorre la faiblesse et qui, comme le reste de la société canadienne, considère la maladie mentale avec un mélange de répulsion et de crainte. Des officiers supérieurs comme le brigadier-général Fenton et le lieutenant-général Couture ont assuré au Comité que, selon eux, les instances supérieures des FC acceptent la validité et la réalité des blessures mentales au même titre que les blessures. Néanmoins, les officiers supérieurs contribuent à diriger

une organisation militaire au sein de laquelle bon nombre d'officiers, sous-officiers et hommes et femmes de troupes stigmatisent et ridiculisent leurs collègues qui admettent ne plus pouvoir maîtriser les démons qui habitent leur mémoire et demandent de l'aide pour TLSO.

La tendance qu'ont les soldats à stigmatiser et à humilier ceux qu'ils considèrent faibles est illustrée dans le rapport de mars 2003 du Bureau de l'Ombudsman des Forces canadiennes, à la suite d'une plainte selon laquelle un char ayant pris part aux célébrations annuelles d'avant Coupe Grey organisées par le deuxième bataillon du Princess Patricia's Canadian Light Infantry (2 PPCLI), le 22 novembre 2002, ridiculisait les soldats en traitement pour des traumatismes liés au stress opérationnel. L'enquête a conclu que le char allégorique, préparé par une compagnie, représentait un « train dingue » et que ce train était une référence péjorative aux membres du régiment souffrant de TLSO. Mais, plus grave, l'enquête a constaté que le char faisait partie d'une campagne systématique de stigmatisation des soldats traités pour TLSO (les passagers du train) les présentant comme des fainéants et des tire-au-flanc cherchant à se soustraire à leurs responsabilités.

La notion et la réalisation du char litigieux ne peuvent avoir été autorisées qu'avec la permission tacite des officiers supérieurs et des sous-officiers du bataillon. Selon le rapport, lorsque l'incident a été signalé au sein de la

chaîne de commandement locale par un coordonnateur du soutien des pairs, la première réaction a été de critiquer ce dernier pour avoir soulevé la question et la deuxième a été de recourir à une enquête de faible niveau pour que le linge sale soit lavé en famille et éviter le scandale, sans parler de l'obligation de signaler l'incident à des niveaux supérieurs de la hiérarchie.[7]

Le Comité recommande:

4. **que le ministère de la Défense nationale entreprenne une vaste campagne d'éducation, au niveau de l'unité, dans les trois services, au sujet de l'équivalence des blessures physiques évidentes et des blessures invisibles du TLSO; et que le chef d'état-major de la Défense rédige à l'intention de tous les officiers et sous-officiers un ordre selon lequel le défaut de réagir « vigoureusement » à la stigmatisation des personnes atteintes de TLSO sera sanctionné par des mesures disciplinaires.**

L'absence de connaissances précises, au niveau de l'unité, au sujet de l'équivalence des TLSO et des blessures physiques est inacceptable, mais elle n'est pas la seule raison, ni la plus importante raison, pour expliquer

(7) ' *Déraillement – Un char ridiculise les personnes atteintes de traumatismes liés au stress opérationnel* (TLSO), 6 mars 2003.

qu'une poignée seulement d'officiers et d'hommes victimes de stress opérationnel cherchent à obtenir un traitement. La véritable faute revient aux politiques adoptées par les Forces canadiennes pour composer avec ses effectifs réduits et la cadence élevée des opérations.

Confrontées à une réduction soudaine de ses effectifs, au cours des années 1990, et à une accélération rapide du rythme des opérations à l'étranger, les FC n'ont eu d'autre choix que d'insister auprès de tous ceux qui restaient en service de s'assurer qu'ils étaient aptes, du point de vue médical, à accomplir leurs fonctions et d'être prêts à être déployés. C'est le principe de l'universalité du service. Ce principe ne permet aucunement aux blessés et aux personnes dont les capacités sont réduites, que ce soit physiquement ou mentalement, de continuer de servie leur pays s'ils le désirent. Les « équipements endommagés », quel que soit le rang, sont libérés; le major Henwood et le général Dallaire en savent quelque chose puisqu'ils ont été mis à la retraite avant le temps.

Voilà la menace qui pèse sur la tête des officiers et des hommes et femmes de troupes s'ils osent se présenter à l'examen médical pour une blessure. Or, il est plus facile de cacher, d'endurer un TLSO de plus en plus grave que de dissimuler une sérieuse blessure physique.

Une augmentation des effectifs des FC pour soutenir suffisamment l'actuel niveau des opérations, donnerait de la marge de manoeuvre. Dans la mesure du possible, il faudrait que le traitement des TLSO ait comme objectif de rendre les éléments à leur unité. Si ce n'est dans l'intérêt de la personne et du service, il convient de faire un effort sérieux pour conserver leur expérience et leur entraînement dans les FC. On peut recourir à un recyclage, dans un domaine moins stressant dans les forces régulières étendues. On peut également affecter l'élément à titre de membre des forces régulières à une unité de réserve dont la part de forces régulières est plus petite qu'il ne serait souhaitable. Voilà des choses qui pourront être faites avec les forces régulières et de réserve étendues.

Depuis quelques années déjà, l'Association des anciens gardiens de la paix et d'autres organisations représentant les anciens combattants des missions de maintien ou d'imposition de la paix réclament une nouvelle charte des anciens combattants. Lorsqu'il s'est présenté devant le sous-comité, l'honorable Reg Pagtakhan, ministre des Anciens combattants, a indiqué qu'il avait demandé à ses fonctionnaires de collaborer avec le Conseil consultatif des Forces canadiennes et d'envisager d'actualiser la charte des anciens combattants en fonction des réalités d'aujourd'hui et des besoins des anciens combattants et de leur famille.

Le sous-comité appuie entièrement cette initiative après avoir conclu que, pour encourager les membres des FC à demander des soins pour les TLSO, il est essentiel d'offrir aux éléments libérés des FC pour des raisons médicales un traitement préférentiel pour l'embauchage et la promotion au sein de la Fonction publique. La préférence dans la Fonction publique devrait être la pierre angulaire d'une charte des anciens combattants révisée.

Le Sous-comité recommande:

5. **que les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants exhortent le gouvernement à proposer dans les plus brefs délais la préférence dans l'embauchage et la promotion dans la fonction publique aux éléments libérés des FC pour des raisons médicales; que cette préférence soit mise en vigueur rétroactivement; que cette préférence ait préséance sur les programme actuels et futurs d'équité en matière d'emploi dans la fonction publique.**

Les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants coordonnent le traitement des membres en service des FC afin de faciliter la transition des clients et des patients du service actif à l'état d'ancien combattant. À titre expérimental, l'Hôpital Sainte-Anne de Sainte-Anne-de-Bellevue, a commencé à répondre aux besoin des deux ministères. Cette

collaboration s'illustre le mieux dans le domaine de la santé mentale, qui figure à l'un des programmes spéciaux de l'établissement. L'Hôpital est un centre d'excellence pour le traitement du SSPT et de la démence et est l'un des cinq centres de soutien du MDN pour le stress opérationnel (CSSO), pour le traitement des TLSO. Les traitements des VSO sont fournis par le Centre Sainte-Anne, dont le programme clinique comporte un modeste programme en établissement et un programme externe beaucoup plus important pour les membres en service et retraités des FC ainsi qu'un programme externe électronique pour ceux qui habitent trop loin pour être soignés à l'hôpital. Les patients, membres en service et anciens combattants, viennent de toutes les régions du Canada pour faire évaluer et stabiliser leurs TLSO à l'hôpital.

Le sous-comité a constaté que l'Hôpital Sainte-Anne joue un rôle essentiel pour la prestation de soins de santé aux anciens combattants canadiens. Il fixe, en matière de soins en établissement, des critères élevés dans lesquels l'élément humain vaut autant que l'élément médical. L'établissement s'est constitué partenaire du ministère de la Défense nationale pour les soins aux membres en service des FC et pour une transition en douceur entre service et retraite. Cette initiative devrait être encouragée par des crédits additionnels et spéciaux des deux ministères et du gouvernement.

Plusieurs programmes du Centre Sainte-Anne devraient recevoir un soutien généreux et accru. L'hôpital a mis en place un programme spécial de lutte contre la douleur car la gestion de la douleur fait partie intégrante du traitement du SSPT. Il faut des fonds pour élargir et intensifier la recherche et pour ouvrir une clinique externe. Le programme de réhabilitation des cas de SSPT en établissement fournit un traitement interne aux cas spéciaux, dans un immeuble distinct. Enfin, le projet de télésanté mentale utilise des technologies informatiques et de communications pour fournir et soutenir des soins de santé aux patients qui habitent loin du Centre. Étant donné que les programmes expérimentaux du Centre Sainte-Anne dépassent largement sa clientèle d'anciens combattants et de membres en service des FC, **le Comité recommande que :**

6. **les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants et le gouvernement du Canada collaborent afin de fournir à l'Hôpital Sainte-Anne des fonds additionnels suffisants pour élaborer et élargir la clinique de gestion de la douleur, le programme de réhabilitation des cas de SSPT en établissement et le programme de télésanté mentale.**

L'Hôpital Sainte-Anne est partenaire du ministère de la Défense nationale dans le projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel

(SSVSO), dirigé par le lieutenant-colonel Grenier et dont le mandat comporte trois volets :

- mettre en place un programme national de soutien par des pairs pour les membres des FC, les anciens combattants et leur famille, destiné à les encourager à demander un traitement pour leurs blessures;
- aider les FC à déterminer la valeur de ses programmes éducatifs et de ses modules de formation au sujet des TLSO;
- à titre de ressource, susciter un changement d'attitude à l'égard des TLSO.

En février 2003, en activité depuis un peu plus d'un an, le réseau de soutien par des pairs comptait huit coordonnateurs et avait déjà aidé 432 membres en service et anciens combattants. L'Hôpital Sainte-Anne contribue au projet en donnant la formation aux coordonnateurs, des éléments décorés qui sont eux-mêmes traités pour TLSO, et en les conseillant sur leur santé mentale et en en faisant le suivi, afin de s'assurer que le fait d'aider d'autres personnes ne nuit pas à leur propre traitement. Le ministère des Anciens combattants fournit six des huit sites de travail des coordonnateurs; les deux autres se trouvent sur des bases militaires.

Le programme de soutien aux victimes de stress opérationnel est une initiative essentielle au bien-être des membres en service des FC et des

anciens combattants. Il est prévu d'élargir le programme et d'ouvrir cinq nouveaux points de service. Il faudrait inclure les familles de VSO au programme de soutien par des pairs dès que faire se peut et il faudrait faire un effort particulier pour rejoindre les réservistes.

Le Comité recommande:

7. **que les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants encouragent et soutiennent l'élargissement du programme de soutien aux victimes de stress opérationnel et en particulier qu'ils fournissent les ressources humaines et financières nécessaires pour améliorer le soutien par des pairs aux réservistes et pour offrir du soutien de pairs aux familles.**

Conclusion

Absence d'informations empiriques sur les TLSO

Nonobstant de nombreuses initiatives et de nombreux programmes novateurs, les efforts déployés par le ministère de la Défense nationale et le ministère des Anciens combattants pour s'attaquer au problème des TLSO sont entravés par une absence presque totale de connaissances sur l'incidence des TLSO dans les Forces canadiennes, la relative efficacité des diverses mesures de prévention qui sont prises et l'efficacité relative des différents traitements et programmes de soutien. M. André Marin,

Ombudsman du ministère de la Défense nationale, a déclaré ceci au Comité :

> Il y a eu des cas prouvés depuis la Première Guerre mondiale. Néanmoins, l'organisation n'a jamais conservé de données sur le nombre de personnes atteintes du SSPT ou de personnes qui ont cherché à se faire soigner. On n'a jamais conservé de données sur les suicides, les départs des forces armées ou les gens confinés à des circuits d'attente spécialisée en raison du SSPT.
>
> L'absence de données a contribué à apporter de l'eau au moulin de certains. Étant donné qu'il n'y a pas de données, d'aucuns concluent que l'existence même du syndrome est douteuse.
>
> D'après les experts médicaux que nous avons consultés, 20 p. 100 environ du personnel militaire qui rentre de mission souffre du SSPT. Si l'on y ajoute les problèmes liés au stress, cela pourrait grimper jusqu'à 50 p. 100. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de l'affirmer sur le plan empirique car l'organisation n'a conservé aucune donnée.[8]

La prévention des TLSO au sein du personnel envoyé à l'étranger doit évidemment être un objectif hautement prioritaire pour les Forces canadiennes. Or, aucune indication ne montre que le MDN procède à une évaluation systématique ou dispose de preuves empiriques montrant que les politiques et les programmes en vigueur donnent de meilleurs résultats, pour ce qui est de réduire l'incidence des TLSO, que les politiques et les programmes en vigueur il y a cinq ans. Par conséquent, le MDN n'a aucun

(8) **Délibérations du sous-comité des anciens combattants, 1re session, 37e législature, fascicule 5, p. 6, témoignages pour la séance du 17 avril 2002.**

moyen de savoir quelles politiques ou quels programmes garder en vigueur, lesquels abandonner et lesquels modifier, dans le but de faire baisser considérablement la prévalence des cas de TLSO dans cinq ans.

L'absence d'informations a été reconnue par de nombreux témoins. Le colonel Scott Cameron, Directeur du Service de santé des Forces canadiennes, a déclaré ce qui suit au comité :

> « À l'heure actuelle, nous n'avons pas beaucoup de statistiques sur, par exemple, le pourcentage de personnes qui reprennent leur service. Nous savons que c'est là une faiblesse dans notre système et nous investissons du temps et de l'argent en vue de corriger le problème. Il le sera au cours des quelques prochaines années. Il y a certaines initiatives en cours à l'heure actuelle, côté traumatismes liés au stress opérationnel, en vue de pouvoir recueillir rapidement des données sur format papier. »

Même la valeur immédiate d'informations recueillies à la main, sans méthode, est sujette à caution.

Le colonel Randal Boddam, Directeur des services de santé mentale de la base des Forces canadiennes de Borden, ministère de la Défense nationale, fait une mise en garde : il est impossible d'éliminer le risque de SSPT mais, sur la foi de notre compréhension historique du problème et de ce qui se

(9) ° **Délibérations du sous-comité des anciens combattants,** 1re session, 37e législature, fascicule 5, p. 10, témoignages pour la séance du 24 avril 2002.

passe en Israël et dans d'autres pays qui sont régulièrement exposés à des traumatismes, il semble qu'il y ait des facteurs de protection ou de limitation des dégâts, notamment :

- des antécédents de troubles psychiatriques sont associés à une incidence plus élevée de traumatismes psychologiques;
- placer des personnes dans un environnement dans lequel elles se sentiront désarmées ou incapables d'accomplir leurs tâches est une recette pour la catastrophe; il est donc important d'adapter la mission à l'unité et à sa direction;
- la capacité de la personne de gérer le stress et d'adopter des comportements protecteurs est une variable très importante;
- la bonne condition physique est un facteur de la capacité de gérer le stress;
- la capacité de communiquer;
- la cohésion de l'unité, ou l'impression qu'a une personne de faire partie d'un groupe qui offre un soutien mutuel.»

Le lieutenant-général Couture, n'a toutefois pas pu indiquer comment les facteurs dont a parlé le colonel Boddam ont pu ou pourront être intégrés à la formation des effectifs militaires. Il a toutefois assuré le comité qu'une équipe multidisciplinaire procède à une analyse des besoins et cherche la

(10) [10] **Délibérations du sous-comité des anciens combattants,** 1re session, 37e législature, fascicule 5, p. 49-50, témoignages pour la séance du 24 avril 2002.

manière dont la formation doit être modifiée pour « mieux » protéger le personnel de service contre les TLSO.»

Le Comité conclut que l'absence presque entière d'information au sujet de l'incidence des TLSO chez les anciens combattants en service et retraités des Forces canadiennes est dérangeante et inadmissible. L'année dernière, 8 000 membres réguliers et réservistes des Forces canadiennes ont été choisis, selon leur grade et leur âge, pour participer à une vaste étude statistique internationale sur la maladie mentale réalisée par Statistique Canada. Les résultats de cette étude ne sont pas encore disponibles et ne permettront d'établir qu'une base, un instantané de la situation en 2002, année où furent faites les entrevues.

Afin de déterminer la manière dont la situation évolue et l'impact qu'ont les mesures et le traitement, il faudra procéder à d'importantes études de suivi dans les Forces canadiennes, probablement à tous les cinq ans. Ces études devront porter et sur les membres des forces régulières et sur les réservistes, au cours de leur carrière en service et après leur départ des FC, si l'on veut produire de l'information exacte permettant au ministère de la

(11) " **Délibérations du sous-comité des anciens combattants,** 1re session, 37e législature, fascicule 5, p. 19, témoignages pour la séance du 24 avril 2002.

Défense nationale et au ministère des Anciens combattants de prévoir une politique, des mesures préventives et un traitement.

Les deux ministères doivent également déterminer les moyens communs à employer pour évaluer de manière empirique l'efficacité des mesures préventives et des traitements actuels et futurs. En raison de l'expérience qu'il a acquise dans l'élaboration d'un système « axé sur les résultats » pour l'évaluation des soins des anciens combattants, ACC devrait être maître d'oeuvre. Les officiers et sous-officiers en service qui ont participé à plusieurs déploiements au cours des dix dernières années devraient constituer une précieuse source d'information au sujet de l'utilité de l'entraînement qu'ils ont reçu à chaque étape de leur carrière de même que de la formation reçue avant, pendant et après chaque déploiement. À l'avenir, le Comité s'attend de recevoir des réponses de plus en plus concrètes à ses questions au sujet des progrès qui ont été, qui sont et qui seront faits pour prévenir, gérer et traiter les TLSO. Le Comité n'acceptera pas, sans des preuves solides, des affirmations gratuites selon lesquelles la situation « s'est améliorée » depuis cinq ans et sera encore « meilleure » dans cinq ans.

Le Comité recommande que :

8. **les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants élaborent des moyens empiriques communs pour évaluer l'efficacité des mesures de prévention et des traitements des TLSO.**

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Le Comité recommande :

1. **mette en place un programme d'approche dynamique afin d'indiquer aux anciens combattants que les traumatismes psychologiques liés au service ouvrent droit à une pension autant que les blessures physiques.**

2. **agisse le plus rapidement possible pour améliorer la qualité de l'instruction et fasse en sorte que plus de temps soit consacré à l'instruction sur la nature, la gestion et le traitement des TLSO à tous les échelons des FC; élabore des méthodes empiriques pour évaluer la qualité de l'éducation et de la formation fournies, notamment des tests théoriques et des tests sur le terrain; lors de la préparation d'exercices, que les victimes comprennent les personnes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel aussi bien que celles qui souffrent de blessures physiques.**

3. **élabore et administre, à titre expérimental, un test psychologique destiné à déceler les recrues qui pourraient être particulièrement susceptibles aux formes les plus graves de TLSO comme le SSPT; fournisse aux recrues jugées**

potentiellement plus susceptibles, et considérées par ailleurs comme des candidats désirables, des services de consultation avant leur engagement et pendant leur carrière militaire, jusqu'à ce que l'on puisse établir l'exactitude des résultats de l'évaluation.

4. **que le ministère de la Défense nationale entreprenne une vaste campagne d'éducation, au niveau de l'unité, dans les trois services, au sujet de l'équivalence des blessures physiques évidentes et des blessures invisibles du TLSO; et que le chef d'état-major de la Défense rédige à l'intention de tous les officiers et sous-officiers un ordre selon lequel le défaut de réagir « vigoureusement » à la stigmatisation des personnes atteintes de TLSO sera sanctionné par des mesures disciplinaires.**

5. **que les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants exhortent le gouvernement à proposer dans les plus brefs délais la préférence dans l'embauchage et la promotion dans la fonction publique aux éléments libérés des FC pour des raisons médicales; que cette préférence soit mise en vigueur rétroactivement; que cette préférence ait préséance sur les programme actuels et futurs d'équité en matière d'emploi dans la fonction publique.**

6. **les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants et le gouvernement du Canada collaborent afin de fournir à l'Hôpital Sainte-Anne des fonds additionnels suffisants pour élaborer et élargir la clinique de gestion de la douleur, le programme de réhabilitation des cas de SSPT en établissement et le programme de télésanté mentale.**

7. **que les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants encouragent et soutiennent l'élargissement du programme de soutien aux victimes de stress opérationnel et en particulier qu'ils fournissent les ressources humaines et financières nécessaires pour améliorer le soutien par des pairs aux réservistes et pour offrir du soutien de pairs aux familles.**

8. **les ministères de la Défense nationale et des Anciens combattants élaborent des moyens empiriques communs pour évaluer l'efficacité des mesures de prévention et des traitements des TLSO.**

37e législature – 1ère session

AUDIENCES PUBLIQUES À OTTAWA

Anderson, M. Howard, président de la Table ronde des anciens combattants des Premières nations et grand chef des anciens combattants des Premières nations. (5 décembre 2001).

Beech, M. Gordon G., officier d'entraide, Légion royale canadienne (24 october 2001).

Bellegarde, M. Perry, chef, Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan et vice-chef de l'APN, Fédération des nations indiennes (5 décembre 2001).

Boddam, colonel Randall, directeur des services de santé mentale, Base des Forces canadiennes de Borden (24 avril 2002).

Cameron, colonel Scott, directeur de la Politique de santé auprès de l'état-major du directeur général — Services de santé de la Défense nationale (17 avril et 24 avril 2002).

Chadderton, M. Clifford, président, Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada (28 novembre, 2001).

Coon Come, M. Matthew, chef national, Assemblée des premières nations (5 décembre 2001).

Coté, M. Tony, coordonnateur du dossier des anciens combattants (5 décembre 2001).

Couture, lieutenant-général Christian, sous-ministre adjoint (Ressources humaines — Militaires) de la Défense nationale (24 avril 2002).

Daly, M. Duane, secrétaire national, Légion royale canadienne (24 october 2001).

Ferguson, M. Brian, sous-ministre adjoint, Services aux Anciens combattants (7 mars 2002).

Forbes, M. Brian N., Conseil national des associations d'Anciens combattants du Canada (28 novembre, 2001).

Gallant, Mme Debbie, gestionnaire adjointe de projet, Projet de continuum de service (7 mars 2002).

Grenier, major Stéphane, gestionnaire de projet — Soutien social aux victimes de stress opérationnel de la Défense nationale (24 avril 2002).

Griezic, professeur Foster, consultant, Merchant Navy Coalition for Equality (28 novembre, 2001).

Guptill, M. Bryson, directeur, Politiques sur les programmes, Services aux Anciens combattants (7 mars 2002).

Jones, Gareth, conseiller spécial du Bureau de l'ombudsman, Forces armées canadiennes (17 avril 2002).

Leduc, M. Harold, président, Association canadienne des vétérans pour le maintien de la paix (28 novembre, 2001).

LeMaistre, Mme Sue, gestionnaire intérimaire de projet d'ACC-FC, Services aux Anciens combattants (7 mars 2002).

MacDonald, Mme Muriel, directrice exécutive, Merchant Navy Coalition for Equality (28 novembre, 2001).

Marin, M. André ombudsman, du Bureau de l'ombudsman, Forces armées canadiennes (17 avril 2002).

McMillan, Mme Jean, directrice adjointe, Bureau national des services, Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada (28 novembre, 2001).

Mogan, M. Darragh, directeur général, Direction générale des politiques en matière de programmes et de services aux Anciens combattants (7 mars 2002).

Murray, M. Larry, sous-ministre, services aux Anciens combattants (7 mars 2002).

Rycroft, M. Jim, directeur, Bureau d'entraide, Légion royale canadienne (24 october 2001).

Sharpe, Brigadier général Joe, conseiller spécial du Bureau de l'ombudsman, Forces armées canadiennes (17 avril 2002).

Smith, M. J. André, directeur général, Projet de restauration des monuments canadiens commémoratifs des champs de bataille, services aux Anciens combattants (7 mars 2002).

Tremblay, Mme Paulette, agente de liaison nationale pour les chefs de la Saskatchewan, Fédération des nations indiennes (5 décembre 2001).

Walker, M. John, directeur, Soins en établissement, services aux Anciens combattants (7 mars 2002).

Whiteduck, M. Larry, coordonnateur des anciens combattants, Développement social. (5 décembre 2001).

37ième législature – 2ième session

AUDIENCES PUBLIQUES À OTTAWA

Allard, M. Pierre, directeur, Bureau d'entraide, Légion royale canadienne (30 avril 2003).

Dallaire, Lieutenant-General (ret'd) Roméo, O.C., C.M.M., M.S.C., C.D, (28 mai 2003).

Daly, M. Duane, secrétaire national, Légion royale canadienne (30 avril 2003).

Darte, Mme Kathy, agente de projets spéciaux, Direction de la recherche et de l'information, ministère des Anciens combattants (26 février 2003).

Ferguson, M. Brian, sous-ministre adjoint, Services aux Anciens combattants, Ministère des Anciens combattants Canada (14 mai 2003).

Grenier, lieutenant-colonel Stéphane, gestionnaire du projet — Soutien social aux victimes de stress opérationnel, ministère des Anciens combattants (26 février 2003).

Huard, Mme Diane, directrice, Direction des services des Forces canadiennes ministère des Anciens combattants (26 février 2003)

Parks, M. Allan, président national, Légion royale canadienne (30 avril 2003).

Stagg, M. Jack, sous-ministre, Ministère des Anciens combattants Canada (14 mai 2003).

Walker, M. John, directeur, Direction soins et établissement, Ministère des Anciens combattants Canada (14 mai 2003).

37e législature – 1ère session

1) Documents fournis par l'Association canadienne de vétérans, 28 novembre 2001.

2) Documents fournis par le Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada, 28 novembre 2001.

3) Documents de l'Assemblée des Premières nations, 5 décembre 2001.

4) Documents des Anciens combattants de l'armée, de la marine et des forces aériennes au Canada, 5 décembre 2001.

37e législature – 2ième session

1) Déclaration effectuée par le lieutenant-colonel Stéphane Grenier, 26 février 2003.

2) Documentation fournie par Anciens combattants Canada sur les victimes de stress opérationnel, 26 février 2003.

3) Legion Presentation to Senate Veterans Affairs Subcommittee, 30 April 2003 — Health Care Provided to Veterans of War & Peacekeeping» by Allan Parks, Dominion President, 30 avril 2003.

4) Corporate Canadian Forces (CF) Initiatives (Edition III, November 2002 – Canadian Forces Services Directorate, 14 mai, 2003.

5) Speaking Notes LGen Roméo Dallaire, (retraité) O.C., C.M.M., M.S.C., C.D, 28 mai 2003.

Soumission

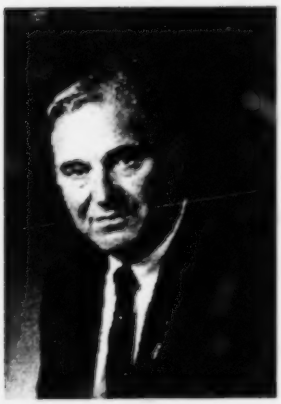
6) Réunion de Besoins de Traitement de Vétérans, un rapport sur le programme du DND/VAC PTSD - . Association canadienne de vétérans.

ANNEXE 1

Rapport précédent

- GROUPE VALIANTS – décembre 2002
- POUR RECTIFIER LA POSITION DES FORCES CANADIENNES CONCERNANT LA MORT OU LA MUTILATION – avril 2003
- LE PROJET DE LOI C-227 (Loi instituant une journée nationale de commémoration de la bataille de la crête de Vimy – mars 2003

ANNEXE 11
BIOGRAPHIES DES MEMBRES DU COMITÉ



L'hon. NORMAN K. ATKINS, sénateur

Le sénateur Atkins est né à Glen Ridge, au New Jersey. Sa famille est originaire de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick, où il a longtemps séjourné. Diplômé du Collège Appleby à Oakville (Ontario) et de l'Université Acadia à Wolfville (Nouvelle-Écosse), il a étudié l'économie et obtenu en 1957 un baccalauréat ès arts. (Le sénateur Atkins a également reçu, en 2000, un doctorat honoris causa en droit civil de l'Université Acadia, son alma mater.)

Ancien président de Camp Associates Advertising Limited, un cabinet réputé ayant pignon sur rue à Toronto, le sénateur Atkins a également joué un rôle actif dans l'industrie, notamment au poste de directeur de l'Institut de la publicité canadienne qu'il a occupé au début des années 80.

Toujours dans le domaine des communications, le sénateur Atkins a, au fil des ans, participé à plusieurs causes importantes et organisé un grand nombre de manifestations. Pour ne citer que quelques-unes de ses nombreuses contributions, il a ainsi consacré son temps et ses énergies à Diabète Canada, à la Juvenile Diabetes Foundation, au Centre pour enfants Dellcrest, au Front commun pour la santé en Ontario, à la campagne Partenaires santé de la fonction publique fédérale ainsi qu'à la campagne de levée de fonds Camp Trillium – Rainbow Lake.

Le sénateur Atkins a également collaboré à l'Institut d'engagement politique et au Club Albany de Toronto. (C'est lorsqu'il était, au début des années 80, président de ce prestigieux cercle privé de Toronto, l'un des plus anciens au Canada, que ce cercle a ouvert ses portes aux femmes.)

Le sénateur Atkins s'est très tôt intéressé à la vie politique. Ainsi, pendant l'essentiel des 50 dernières années environ, il a été fort actif au sein du Parti progressiste-conservateur, aussi bien au niveau national qu'au niveau provincial, en particulier en occupant des fonctions de responsabilité pendant plusieurs campagnes électorales et en faisant fonction de conseiller auprès du Très hon. Brian Mulroney et du Très hon. Robert L. Stanfield, ainsi qu'auprès de l'hon. William G. Davis.

Norman K. Atkins a été nommé au Sénat du Canada le 29 juin 1986. Depuis lors, il s'est révélé être un sénateur actif, attentif et informé. Il s'est ainsi tout particulièrement intéressé à un certain nombre de dossiers concernant l'éducation et la pauvreté. Il a également défendu la cause des anciens de la marine marchande canadienne en s'efforçant de faire reconnaître plus équitablement leurs états de service en temps de guerre. M. Atkins a servi dans les forces armées des États-Unis de septembre 1957 à août 1959.

Le sénateur Atkins est actuellement le président du caucus du Parti progressiste-conservateur au Sénat et le vice-président du Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration, et il est membre du Comité de la sécurité nationale et de la défense et du Sous-comité des affaires des anciens combattants. Il est le président honoraire de la Fondation Dalton K. Camp pour le journalisme à l'Université Saint-Thomas de Fredericton (Nouveau-Brunswick) et il est membre du conseil consultatif de la School of Business de l'Université Acadia.

L'hon. JOSEPH A. DAY, sénateur

Le sénateur Joseph Day, qui a été nommé au Sénat par le très honorable Jean Chrétien, représente le Nouveau-Brunswick et la division sénatoriale de Saint John-Kennebecasis. Il siège au Sénat du Canada depuis le 4 octobre 2001.

Il fait actuellement partie des Comités sénatoriaux suivants : de l'agriculture et des forêts; de celui de la sécurité nationale et de la défense ainsi que du Sous-comité des anciens combattants, des finances nationales et des transports et communications. Il est vice-. président des finances nationales ainsi que du sous-comité des anciens combattants. Parmi ses champs d'intérêt et de spécialisation, notons les suivants : sciences et technologie, défense, commerce international et droits de la personne, patrimoine et alphabétisation. Il est membre de plusieurs associations interparlementaires, dont l'Association législative Canada-Chine et l'Union interparlementaire.

Le sénateur Day, avocat et ingénieur néo-brunswickois bien connu, a eu une belle carrière privée en droit. Ses intérêts juridiques portent sur les brevets et les marques et sur la propriété intellectuelle. En plus d'avoir été admis aux barreaux du Nouveau-Brunswick, du Québec et de l'Ontario, il est spécialiste agréé en matière de propriété intellectuelle au Barreau du Haut-Canada et membre de l'Institut de la propriété intellectuelle du Canada. Récemment (1999-2000), il a agi comme président et directeur général de la New Brunswick Forest Products Association. En 1992, il s'est joint à titre de conseiller juridique à la J.D. Irving Ltd., conglomérat ayant d'importants intérêts dans des domaines comme la foresterie, les pâtes et papiers et la construction navale. Avant 1992, il a pratiqué le droit chez

Gowling & Henderson à Kitchener-Waterloo, Ogilvy Renauld à Ottawa et Donald F. Sim à Toronto, où sa carrière a démarré en 1973.

Membre actif de la collectivité, le sénateur Day occupe en ce moment la présidence de la fondation et du conseil d'administration du Dr. V.A. Snow Centre Nursing Home, de même que du conseil des associés des Archives provinciales du Nouveau-Brunswick. Parmi beaucoup d'activités bénévoles, il a rempli diverses fonctions à l'Association du Barreau canadien et dans d'autres organisations professionnelles, et a été président national de l'association des anciens (1996) et de la fondation (1998-2000) du Royal Military College Club of Canada.

Le sénateur Day a obtenu un baccalauréat en génie électrique du Collège militaire royal du Canada, un baccalauréat en droit de l'Université Queen et une maîtrise en droit du Osgoode Hall.

L'honorable COLIN KENNY, sénateur

Profil de carrière

L'honorable Colin Kenny a prêté serment le 29 juin 1984 à titre de représentant de la province de l'Ontario. De 1970 à 1979, il a exercé au bureau du Premier ministre les fonctions d'adjoint spécial, de directeur des opérations et de conseiller en politiques. Il a aussi été adjoint au secrétaire principal du Premier ministre, le très honorable Pierre Trudeau.

Rôle au sein de comités

Au cours de sa carrière au Parlement, le sénateur Kenny a siégé à de nombreux comités, dont le Comité spécial sur le terrorisme et la sécurité publique (1986-1988 et 1989-1991), le Comité mixte spécial sur la politique de défense du Canada (1994), et le Comité permanent des banques et du commerce. Il a également été président du Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration (1995-1997).

En 1995, le sénateur Kenny est devenu le premier sénateur à faire franchir toutes les étapes, au Parlement, à un projet de loi émanant d'un sénateur. Ce projet de loi créait la *Loi sur les carburants de remplacement*, qui stipule que 75 % des véhicules automobiles exploités par l'ensemble des organismes fédéraux et des sociétés d'État doivent fonctionner aux carburants de remplacement d'ici 2004.

Le sénateur Kenny est actuellement président du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense. Il est aussi membre du comité directeur du Comité sénatorial permanent de l'énergie, de

l'environnement et des ressources naturelles, comité dont il était auparavant le vice-président. Le sénateur Kenny fait partie de ce comité depuis 1985.

Questions de défense

Le sénateur Kenny a été élu rapporteur de la Commission de la sécurité et de la défense de l'Association parlementaire de l'OTAN. Il a occupé auparavant les postes de président de la Sous-commission sur l'avenir de la sécurité et des capacités de défense et de vice-président de la Sous-commission sur l'avenir des forces armées de l'Assemblée parlementaire de l'OTAN.

L'honorable MICHAEL A. MEIGHEN, sénateur

Nommé au Sénat en 1990, l'honorable Michael Meighen a fait partie de différents comités sénatoriaux permanents, notamment ceux des banques et du commerce, des pêches, de la sécurité nationale et de la défense, et a présidé le Sous-comité des affaires des anciens combattants. Il a aussi été membre du Comité mixte spécial sur la politique de défense du Canada et du Comité mixte spécial sur le renouvellement du Canada et le comité permanent sur les pêches.

Au cours de sa carrière en pratique privée, le sénateur Meighen a pratiqué le litige et le droit commercial à Montréal et Toronto. Il est avocat au sein du cabinet Ogilvy Renault et a été conseiller juridique auprès de la Commission Deschênes sur les criminels de guerre. Il a présidé le Cundill Funds (Vancouver) et siégé au conseil d'administration de Paribas Participations Limited, et de J.C. Clark Ltd. (Toronto).

Au chapitre des activités communautaires, le sénateur Meighen a notamment oeuvré auprès de l'Armée du Salut (président, comité consultatif de Toronto), du Festival de Stratford(président sortant), de la Fondation de recherche canadienne du cancer de la prostate, de la Fédération du saumon Atlantique (vice-président), du University of King's College (chancelier), du Centre for Cultural Management de l'Université de Waterloo (président conseil d'administration), de l'Université Laval et de l'Université McGill.

Le sénateur Meighen est diplômé de l'Université McGill et de l'Université Laval et on a attribué le Doctorat Honoraire au sénateur Meighen dans le

Droit civil en 2001 de l'Université Mount Allison.. Il vit à Toronto avec sa femme Kelly et leurs trois garçons.

L'honorable John (Jack) Wiebe, sénateur

Le sénateur Jack Wiebe est l'un des plus éminents citoyens de la Saskatchewan. Cet agriculteur très prospère a aussi siégé à l'assemblée législative de la Saskatchewan.

Nommé Lieutenant-Gouverneur de la Saskatchewan en 1994, il était le premier agriculteur à accéder à cette fonction depuis près de 50 ans.

Le sénateur Wiebe s'est d'abord fait connaître en Saskatchewan pour son leadership au sein de la communauté agricole. Lui et sa famille ont bâti une exploitation agricole prospère dans le district Main Centre de la province. De 1970 à 1986, il a été propriétaire et président de la compagnie L&W Feeders Ltd.

Le sénateur Wiebe a été l'un des animateurs du mouvement des coopératives et a collaboré activement au Comité de mise en commun du blé de Main Centre, à la caisse de crédit de Herbert, à la coopérative de Herbert et au conseil de la coopérative de la Saskatchewan. Il a également été membre du syndicat du blé et de l'association des éleveurs de la Saskatchewan. Il préside actuellement la section de la Saskatchewan du Conseil de liaison des Forces canadiennes.

Le sénateur Wiebe a été élu en 1971 et en 1975 comme député de la circonscription de Morse à l'assemblée législative de la Saskatchewan.

Lui et son épouse Ann sont les parents de trois filles et ont quatre petits-enfants.

(Sénateur Wiebe)

Membre actuel du/des comité(s) du Sénat suivant(s) :
Agriculture et forêts, vice-président
Sécurité nationale et défense
Sous-comité des affaires des anciens combattants
Règlements, de la procédure et des droits du parlement